Anno XXXVIII 1925 N. 1.

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

Conto corrente con la posta

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1925

„IL MANICOMIO„ **Giornale di Psichiatria e Scienze affini, esce** ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 **pagine.** Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10**,
« l'Estero . . . » **40**, » » » » **15**.

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno).

SOMMARIO DEL N. 1.

Lavori Originali:

Recensioni:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVIII — 1925

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1925

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVIII — 1925

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1925

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II
NOCERA INFERIORE

DOTT. CARMELO VENTRA
MEDICO ORDINARIO

GLIO - SARCOMA DELLA FOSSA CRANICA POSTERIORE COMPRIMENTE L'EMISFERO SINISTRO DEL CERVELLETTO

Contributo clinico ed anatomo - patologico

La diagnosi clinica di tumore endocranico offre spessissimo delle difficoltà non lievi, perchè la serie dei disordini funzionali che un tumore cerebrale può produrre, e la varietà delle loro combinazioni sono cosi innumerevoli e complesse, che il quadro morboso cambia volta per volta, simulando non di rado qualsiasi altra malattia cerebrale. L'indagine semiologica assegna ad un gruppo di sintomi (cefalea, vertigini, vomito, nevrite ottica bilaterale, convulsioni, sonnolenza, ecc.) — specialmente se vagliati dall'acume del medico secondo la rigidità dei tre criteri fondamentali raccomandati dal M u r r i (1) — un valore patognomonico di tumore cerebrale;

(1) Le regole che il Murri consiglia di tener presenti per la diagnosi di tumore cerebrale, sono le seguenti:

1. Un fenomeno, il quale accenna l'alterata funzione d'una parte del cervello, ha quasi sempre poco valore, se è solo: la diagnosi acquista in probabilità, se più fenomeni indicanti la stessa sede s'aggruppano;

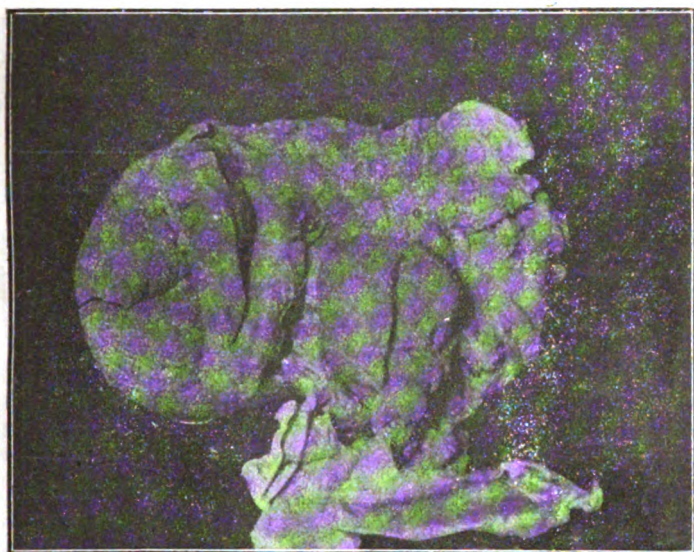
2. Un fenomeno, che accenna l'alterata funzione d'una parte del cervello, può acquistare grande valore diagnostico, anche quando altri fenomeni non gli si aggruppano intorno, purchè quell'uno sia persistente ed insorga prima dei fenomeni comuni o indifferenti del tumore intracranico;

3. Uno stesso gruppo di sintomi può avere un significato diverso, secondo l'ordine con cui la loro comparsa si succedette.

ma bisogna tener presente che detti sintomi possono essere spesso la manifestazione di processi morbosi, che nulla hanno di comune con esso. Infatti l'isterismo, la sclerosi disseminata, l'intossicazione uremica, l'avvelenamento cronico saturnino, ecc. offrono spesso la sintomatologia classica dei tumori cerebrali, e possono quindi indurre ad un errore di diagnosi. Nè maggiore valore diagnostico può essere assegnato ai sintomi di localizzazione cerebrale, i quali invece sono quanto mai incerti, per la gravità delle lesioni a distanza che il neoplasma subito produce. In tal campo perciò, come ben nota l'Agosta, non possiamo usufruire sempre con profitto dei dati della fisiopatologia, come d'altronde i fisiopatologi ritengono di scarso valore per la dottrina delle localizzazioni i dati forniti dalla patologia dei tumori.

L'opinione del Gowers, secondo cui i fenomeni circoscritti di focolaio hanno la maggiore importanza nella diagnosi di tumore cerebrale, è contradetta da innumerevoli osservazioni. Non sono pochi infatti i casi in cui i sintomi di focolaio compaiono all'ultima ora, mentre per un periodo di tempo più o meno lungo il tumore non ha dato luogo che a sintomi diffusi e generali, i quali non tradivano la presenza di esso; e non sono scarsi quelli in cui una sindrome di focolaio ha il valore esclusivo di un processo morboso, prodotto a distanza da un tumore localizzato nell'encefalo in una sede diversa da quella sospettata in dipendenza dai fenomeni di focolaio. Perchè bisogna tener presente che il neoplasma non rappresenta solo un corpo estraneo, che limita la sua azione al tratto di sostanza cerebrale distrutto o compromesso, bensì un organismo vivente e maligno, che si annida silenziosamente e produce spesso in tutto il nevrasse lesioni gravi e irreparabili (Agosta), ed esercita sui tessuti cerebrali una intossicazione, la quale, oltrepassando certi limiti, arriva fino ad estinguere l'attitudine funzionale di esso.

Ciò premesso, s'intende come la sintomatologia dei tumori

C. VENTRA — Glio-sarcoma della fossa cranica posteriore ecc.

La figura riproduce abbastanza esattamente i rapporti del tumore con la faccia inferiore dell'emisfero cerebellare sinistro (destro della figura) che si è spappolato nell'alcool, mentre l'emisfero destro si è meglio conservato. Il bulbo è anch'esso raggrinzito. Il tumore, che si mostra diviso in due parti, poscia ricomposte, è attaccato per un picciuolo ad un lembo della dura madre, da cui prende origine.

endocranici non ci consenta di fare, in moltissimi casi, che una diagnosi di probabilità.

Il Dandy anzi arriva ad affermare che i casi in cui i dati anamnestici e l'esame del sistema nervoso non sono sufficienti a far formulare od escludere una diagnosi di tumore cerebrale, oltrepassano la metà, e le difficoltà aumentano, quando si tratta di determinarne la sede.

Di quanto sopra possiamo convincerci, dando uno sguardo fugace alla vasta letteratura dei tumori endocranici. Il Vincènt descrive un caso di tumore del lobo frontale destro, che decorreva con sindrome cerebellare. Il Lasarew cita un caso di tumore che risiedeva nel centro semiovale del lobo occipitale, sinistro ed aveva una sintomatologia clinica tale, da farlo considerare posto nella fossa cranica posteriore, tanto che il paziente fu operato, ma il neoplasma non fu trovato, e il malato mori poco dopo. Il Ricca, studiando due casi di tumori dell'angolo ponto - cerebellare, giunge alla conclusione che la sintomatologia di tali tumori può esser varia, pur essendo identica la topografia e la grandezza dei tumori. Il Vallette afferma che i tumori cerebrali possono avere per lungo tempo un decorso subdolo, simulando il quadro sintomatologico di una neurastenia, e solo all'ultimo momento possono manifestare i sintomi di una lesione a focolaio. Il Marchand cita un caso di tumore comprimente il cervelletto, in cui mancavano i segni generalmente ritenuti come caratteristici delle lesioni cerebellari, ed esistevano invece, come unico sintomo, accessi epilettici. Il Lambranzi cita due casi di tumore cerebellare decorsi con sindrome neurastenica, e seguiti da morte improvvisa. Il Barany, a proposito di un suo caso di tumore del lobo frontale destro, raccoglie parecchi casi di tumori da vari autori, cioè tre del lobo frontale, uno fronto - parietale, uno della capsula interna, uno della regione psico - motrice, uno del talamo, due del lobo occipitale, uno del temporale e quindici dell'acustico, decorsi

con sindrome cerebellare. Il Cozzaglio descrive un caso di tumore del lobo occipitale destro, che presentava una sindrome a tipo cerebellare. Il Fiore in un suo pregiato studio cita alcuni casi, nei quali la diagnosi di tumore del cervelletto era difficile o addirittura impossibile, e il decorso della sindrome clinica aveva i caratteri di una affezione meningea. Il Tonnini riferisce di un caso di tumore del lobo cerebellare sinistro, decorso senza i comuni sintomi delle lesioni cerebellari, ma con una sindrome maniacale prima, e poscia di demenza agitata, con decadimento del pudore ed esaltamento sessuale. Il Lama illustra un caso di tumore del mesencefalo, decorso con la sintomatologia dell'encefalite letargica. Claude e Schoeffer descrivono un caso di tumore cerebrale, decorso con la sintomatologia di una meningite sierosa. Sainton e Péron ne illustrano uno di tumore dell'ipofisi, in cui i disturbi psichici dominano il quadro clinico. Gilardini e Jona descrissero due casi molto dimostrativi, in cui una meningite sierosa decorreva con sindrome di tumore cerebellare. Il De Michele osserva che i sintomi comuni a tutti i processi distruttivi o degenerativi del cervelletto (vomito, cefalea, vertigini) sono anche comuni ai neoplasmi del cervello, e specialmente della base, onde perdono gran parte del loro valore diagnostico di lesioni cerebellari. E potremmo continuare a spigolare nella letteratura, se le citazioni riferite non ci sembrassero sufficienti per ribadire il criterio, del resto non nuovo, enunciato fin dal principio di queste note, che, cioé, la serie dei disordini funzionali che un tumore cerebrale può produrre, è infinita, e che la varietà delle combinazioni è così vasta e complessa, che ogni caso si può dire presenti delle particolarità degne di nota e di rilievo.

Questo fatto basta a giustificare la pubblicazione di un caso da noi osservato di tumore della fossa cranica posteriore, comprimente l'emisfero sinistro del cervelletto, il quale offre un interesse particolare non solo per la complessità della sindrome e per la

evoluzione clinica del processo morboso, ma anche per la peculiarità di due sintomi clinici, i quali si riscontrano in casi eccezionalissimi di tumore della fossa cranica posteriore. Essi sono:

1. nevrite ottica uni - ed omolaterale;

2. monopareresi brachiale sinistra.

Mentre, cioè, nei tumori della fossa cranica posteriore si nota d'ordinario la papilla da stasi in entrambi gli occhi, nel nostro caso invece tale sintomo, ritenuto generalmente di grande valore patognomonico, è localizzato soltanto all'occhio sinistro, nel lato, cioè, nel quale trovasi il tumore. E mentre in generale i tumori della sede suddetta danno spesso origine ad emiparesi, nel nostro caso l'emiparesi è sostituita da una semplice monoparesi brachiale omolaterale.

STORIA CLINICA

C. R. fu G. di anni 37 da Maiori, è stata ricoverata in Manicomio il 28 luglio 1922.

Dal certificato medico di accompagnamento si rileva che la paziente ha sofferto sifilide. E' stata di carattere buono, socievole, d' intelligenza media. Le mestruazioni sono state regolari. Non ha avuto figli. Una diecina di mesi prima aveva cominciato a manifestare cefalea continua con esacerbazione notturna, frequenti allucinazioni, delirii, ed ultimamente tendenza al suicidio. Tali disturbi vennero interpetrati come manifestazioni di sifilide cerebrale.

All'atto del ricovero in Manicomio la malata è costretta a rimanere a letto, e decombe sul lato destro del corpo. Ogni altra posizione le provoca il vomito. Però, anche decombendo sul fianco destro, ha vomiti biliari quotidiani, poco abbondanti. Si lamenta di cefalea continua, senza localizzazione particolare. La percussione in diversi punti del capo non aumenta il dolore. Presenta strabismo, che la malata assicura di avere fin dalla prima infanzia. All'esame obbiettivo si riscontra accentuazione del 2. tono aortico. Il polso è piccolo, compressibile; segna

90 pulsazioni a 1'. Nulla a carico dell'apparecchio respiratorio. L'addome è trattabile. Il fegato e la milza sono nei limiti normali. L'ombelico è arrossato, e geme una scarsa secrezione purulenta. Nel quadrante inferiore destro dell'addome si nota una tumefazione della grandezza di un'arancia, di consistenza dura, elastica, mobile, indolente, che viene interpetrata come cisti ovarica.

All'esame del sistema nervoso si riscontra normale la sensibilità tattile; la sensibilità termica è incerta; quella dolorifica è avvertita come senso di toccamento.

I riflessi pupillari sono normali alla luce e all'accomodazione. I riflessi rotulei sono vivaci, ma uguali. Si nota il riflesso soprarotuleo. Quello plantare è torpido; l'achilleo è normale. Percuotendo sui muscoli dell'avambraccio, si provoca lieve contrazione a destra; nulla a sinistra. Mancano i riflessi stiloidei. Babinski assente. Il Romberg non si può saggiare, perchè la malata non può reggersi in piedi; se tenta di alzarsi da letto, spesso impallidisce, ha senso di vertigine e stimolo al vomito. È obbligata anche a mangiare sdraiata a letto.

Dopo circa un mese e mezzo di degenza, è stata obbligata a decombere in posizione supina, perchè anche il riposo sul fianco destro cominciò a provocarle il vomito. Muove gli arti in tutti i sensi lentamente; però il braccio sinistro è paretico: non riesce ad alzarlo completamente. Non si notano dismetrie, discinesie, adiadococinesia. I muscoli conservano normale il loro tono; la forza muscolare al dinamometro è: mano destra 10; mano sinistra 5, a due mani 5.

Se si tenta di far sedere la malata in mezzo al letto, quando sta supina, bisogna vincere una certa resistenza, perchè i muscoli del tronco s' irrigidiscono e la testa si fissa in opistotono, fino a quando con un discreto sforzo non si riesce a portare la paziente in posizione seduta; allora la muscolatura si rilascia e la testa, tornata mobile in tutti i sensi, riprende la posizione normale.

La malata asserisce che gli attuali disturbi son cominciati circa 3 mesi prima del suo internamento in manicomio. Ha cominciato ad avvertire debolezza agli arti, tanto che una volta, scendendo dal letto, non è riuscita a reggersi in piedi ed è caduta per terra. Quel giorno si accorse che non poteva muovere bene il braccio sinistro. Sopravvenne

il vomito e la cefalea. Questi disturbi andarono gradualmente aumentando. Assicura di non aver avuto mai delirii, nè allucinazioni, come per contro è affermato nel certificato medico.

E' lucida, ben orientata nel tempo e nello spazio, coerente, cosciente. Conserva abitu lmente depressione dell'umore, e manifesta un senso d'accoramento, di sconforto e di sfiducia nella guarigione.

Tenuta presente l' infezione sifilitica pregressa, le si sono praticate delle iniezioni di bijoduro di mercurio, ma si sono presto sospese, perchè la malata assicurava che tale cura le faceva aumentare la cefalea e le produceva un senso di maggiore abbattimento. La cura mercuriale è stata sostituila dalla terapia jodica per via ipodermica, la quale è stata meglio tollerata, ma senza effetto utile.

Il 4 - 9 - 1922 ha avuto una crisi di prostrazione grave; pareva in uno stato comatoso. Dopo alcune ora ha cominciato a riacquistare la coscienza, ed è andata gradualmente migliorando.

Il 17 - 9 - 1922 le è stata praticata una iniezione endovenosa di neosalvarsan, ed un'altra il 25 - 9 - 1922. In questo periodo di tempo la malata è alquanto migliorata nelle condizioni generali, e questo senso di miglioria fisica avverte anche subbiettivamente. E' più colorita e meglio nutrita. Però il vomito quotidiano persiste, ed ella è costretta a giacere sempre supina, tanto che, nonostante le precauzioni opportune, comincia qualche piaga di decubito. Si è manifestato un certo torpore psichico. Anche la parola è più lenta e talvolta inceppata. Si nota una maggiore abulia ed un senso nuovo d' indifferenza per le sue condizioni di salute. Dispera della guarigione, ma non si emoziona come prima. Urina e defeca a letto, senza curarsi di chiamare in tempo il personnle di assistenza, come faceva per il passato.

Il 7 - 10 - 1922 la malata è colta da una seconda crisi di prostazione, ancora più grave della precedente.

La trovo pallida, con gli occhi socchiusi e smorti, le pupille midriatiche. Il respiro è superficiale e stertoroso, non percepisce affatto; la vita psichica pare spenta. Il polso segna 70 battiti al 1' ed é piccolo, compressibile, intermittente. I riflessi plantari sono appena percettibili; Il riflesso rotuleo è vivace a destra, molto meno vivace a sinistra. Manca il riflesso soprarotuleo. Dopo mezz'ora la malata comincia a

riaversi. Mi riconosce, e dice che poco prima dormiva, perchè dorme spesso nella giornata. Assicura di non aver visto, nè udito nulla. Il polso si conserva ancora intermittente.

Puntura lombare:

Si pratica una puntura lombare e si estraggona circa 15 $cm.^3$ di liquido cefalo - rachidiano. Il liquido esce sotto pressione normale ed è limpidissimo. Presenta reazione neutra. Al calore si ha lieve opacamento, dopo aver acidificato con acido acetico (traccie di albumina). All'esame microscopico del centrifugato, si nota qualche rarissimo linfocito.

La puntura lombare non è stata avvertita se non come senso di toccamento. Non ha modificato per nulla le condizioni fisiche e psichiche della malata.

Durante la degenza in manicomio si è praticato più volte l'esame dell'urina e l'esame del fondo dell'occhio.

Esame dell'urina:

Ha dato sempre risultati pressocchè simili ai seguenti:

Colorito = giallo
Aspetto = leggermente torbido
Reazione = acida
Densità + 15 = 1022
Odore = sui generis
Consistenza = fluida
Cloruri = normali
Solfati = normali
Carbonati normali
Fosfati in toto = in lieve aumento
Urea = 21 °/oo
Urati = normali
Acido Urico = 0,52 °/oo
Ossalati = normali
Creatina e creatinina = normali
Indacano = normale
Albumina = 0,10 °/oo
Peptone = assente
Muco pus = assente
Glucosio = assente
Acido etildiacetico = assente
Acetone = assente
Emoglobina = assente
Urobilina = assente
Pigmenti biliari = assenti
Diazoreazione di Erlich = negativa
Reazione di Weris Moritz = negativa
Reazione di Russo = negativa

Esame microscopico = Nessun elemento patologico.

Esame del fondo dell'occhio:

E' stato praticato dal D.r Raffaele Vitolo. e ha dato i seguenti risultati:

Occhio sinistro = pupilla rigonfia e torbida; pallidi i vasi.

Occhio destro = nulla di positivo.

La sera del giorno 7 - 10 - 1922 la malata, dopo aver passato la giornata tranquilla e di umore piuttosto allegro, tanto che diceva, sorridendo, di doversi incipriare per andarsene a casa, giacchè si sentiva meglio, ha avuto verso le 20.30 un accesso simile a quello osservato la mattina stessa, con la medesima sintomatologia, ed è morta alle ore 21.

Abbiamo praticata l'autopsia insieme al Dott. Vitolo, medico settore dell'Istituto, e riporto il reperto necroscopico, stralciato dal registro delle autopsie al N. 821.

REPERTO NECROSCOPICO

Provenienza del cadavere: Osservazione « Donne ».

Cognome e nome: C. R.

Età: anni 35?

Diagnosi clinica: tumore della fossa cranica posteriore.

Data della morte; 7 - 10 - 922 ore 16.

Data dell'autopsia: 9 - 10 - 922 ore 16.

Esame esterno

Cadavere di donna giovane. Costituzione scheletrica regolare; masse muscolari bene sviluppate e adipe sufficiente.

Rigidità cadaverica scomparsa.

Cicatrice antica sulla cute dell'addome, che, iniziandosi nel quadrante destro presso la cicatrice ombelicale, sulla linea bisischiatica, passa sulla cicatrice ombelicale stessa incurvandosi, e va a finire sull'arcata costale di sinistra lungo la mammillare. La lunghezza complessiva é di circa cent. 15.

Cavità cranica

Calotta cranica abbastanza spessa con diploe discreta, bene sanguinata.

Pachimeninge di spessore, lucentezza e levigatezza normale alla faccia esterna ed a quella interna. Leptomeninge trasparente sulle zone temporali e frontali, alquanto opacata sulle parietali. Granulazioni del Pacchioni scarse e piccole.

Allorché vien tagliata la dura meninge, cola una discreta quantità di liquido cefalo - rachidiano, e si constata che la massa cerebrale è molle e in via di incipiente putrefazione, data l'alta temperatura della stagione. Occorre molta delicatezza nel tagliare le formazioni della base, per evitare che il cervello si spappoli. Tagliati i nervi ottici ed il bulbo, vengono estratti il cervello ed il cervelletto, e si nota che nella fossa cranica posteriore sinistra è rimasto un corpo libero di colore grigio, della grandezza di una piccola noce, leggermente strozzata nella parte mediana pressocchè a forma di 8 in cifra, a superficie liscia, legato per un picciuolo alla dura meninge, presso il bordo del forame occipitale. Si diagnostica per un tumore. Si estrae insieme alla dura meninge, cui è legato. Si divide in due con un taglio longitudinale, e si constata che le superficie di sezione sono liscie e grigie.

Si esamina il cervelletto, e si nota che la faccia inferiore dell'emisfero sinistro presenta una fovea, conformata alla faccia superiore del tumore. Il bulbo e l'emisfero destro non presentano alterazioni di forma. Si pratica un taglio trasversale degli emisferi cerebellari, e si nota che il destro è sano, mentre la sostanza bianca e la grigia di quello sinistro sono compresse, pallide, assottigliate. Evidentemente la compressione del tumore ha prodotto alterazioni sostanziali, che si rivelano anche macroscopicamente. Cervelletto e tumore vengono conservati in alcool a 90 gr.

Il ponte e il midollo allungato non presentano alterazioni.

Ipofisi: normale.

Speco vertebrale

Meningi } normali
Midollo spinale }

Cavitá addominale

Peritoneo parietale e viscerale Omento Intestino crasso Appendice vermiforme Intestino tenue	normali

Milza

c) aspetto *b)* topografia *c)* peso *d)* volume *h)* consistenza *f)* aspetto della superficie di sezione	un pò ingrandita e con capsula ispessita

Stomaco Pancreas:	normale

Fegato

a) topografia ed aspetto *b)* peso *c)* volume *d)* consistenza *e)* superficie di sezione Cistifellea e vie biliari	normali

Reni

a) topografia ed aspetto *b)* peso *c)* superficie di sezione Ureteri Capsule surrenali Vescica Retto	normali

Organi genitali

L'ovario destro è trasformato in una massa cistosa del volume di un grosso limone e della stessa forma. La parete è fibrosa e dura. Il

contenuto è rappresentato da una massa poltacea giallo - ocracea di consistenza e di odore fecaloide, nella quale sono frammisti frammenti e lacinie bianco - perlacee connettivali.

Cavità toracica

Pleure	normali
Polmoni *a)* esame esterno *b)* superficie di sezione Pericardio	normali
Cuore *a)* aspetto esterno *b)* peso *c)* sezione *d)* endocardio e valvole	nulla di patologico
Aorta Timo Trachea e grossi bronchi Ghiandole linfatiche - tracheo - bronchiali	nulla di patologico

Collo

Tiroide Tiroidi accessorie Paratiroidi Laringe	normali

Cavità orale

Lingua Ghiandole salivari Palato molle Tonsille Faringe	normali

Faccia

Cavità orbitarie e globi oculari
Cavità nasali normali
Cavità auricolari

Diagnosi anatomica

Tumore della pachimeninge, peduncolato, situato nella fossa cranica posteriore sinistra, comprimente l'emisfero sinistro del cervelletto. Cisti ovarica.

Epicrisi

Compressione da tumore intracranico, e propriamente della fossa cerebellare sinistra, di origine pachimeningitica.

Esame istologico del tumore

Il tumore è un blastoma della grandezza di un uovo di pollo, a superficie liscia, di consistenza molliccia. Al taglio, il colorito è grigio - roseo.

All'esame isto - patologico si rileva una notevole polimorfia delle cellule costituenti il neoplasma: il maggior numero hanno forma rotondeggiante; ma in tratti di diversi preparati si riscontrano elementi fusati ed anche polimorfi. Il nucleo delle cellule blastomatose, non molto grande, è per lo più rotondeggiante, ma non mancano nuclei di forma ovalare od allungata. La membrana nucleare è spessa, decisa e la nucleina raccolta tutta intorno alla membrana. In rari elementi intorno al nucleo si nota una scarsa quantità di protoplasma con accenno a prolungamenti. Molte cellule blastomatose sono provviste di scarsissimo protoplasma senza formazione di prolungamenti, e vi si riscontrano cellule costituite da soli nuclei nudi.

Scarsissima è la sostanza intercellulare. Rare sono le *rosette*, costituite da una cavità centrale, ripiena di sostanza tenue, granulosa, delimitata da cellule cilindriche, disposte a raggi. Le cellule delle rosette sono ristrette con la porzione in contatto con la cavità, e larghe con la

parte libera. Il nucleo delle cellule delle rosette è basale ed il protoplasma tenue e leggermente granuloso. Lo stroma del blastoma è fatto da connettivo e da vasi. Lo stroma accompagna i vasi, che sono numerosi, ed in tratti si riscontrano piccole emoragie nel parenchima blastomatoso. Alla periferia di molti vasi le cellule tumorali costituiscono dei veri mantelli cellulari. Non si sono riscontrati fenomeni regressivi nel blastoma.

Per la costituzione morfologica e la genesi delle cellule blastomatose e per la rilevante polimorfia degli elementi neoplastici, trattasi di un glioma sarcomatoso o sarcoma glioblastico.

Esame del cervelletto

Del cervelletto abbiamo potuto notare soltanto le alterazioni macroscopiche, di cui abbiamo parlato nel reperto d'autopsia. Avremmo voluto praticare l'esame istologico, ma purtroppo il cervelletto, e specialmente il suo emisfero sinistro, gia in istato di incipiente putrefazione, si è spappolato talmente nell'alcool, che abbiamo creduto inutile ogni ricerca istologica, giacchè non avremmo potuto determinare se le eventuali lesioni istologiche, fossero state prodotte dal tumore o dallo spappolamento. La figura dimostra tale condizione di spappolamento del cervelletto e specialmente dell'emisfero sinistra. Riproduce però con fedeltà la forma, la posizione, ed i rapporti del tumore con la faccia inferiore di tale emisfero.

∴

Si tratta dunque di un tumore glio-sarcomatoso delle fossa cranica posteriore sinistro comprimente l'emisfero sinistro del cervelletto.

I tumori della fossa cranica posteriore presentano le maggiori difficoltà diagnostiche: perchè spesso i sintomi di focolaio sono scarsi, o si confondono con i sintomi generali, o decorrono con sindromi comuni ad altre malattie dell'encefalo. Ma nella nostra malata c'erano invero dei dati sufficienti, per diagnosticare, come si è fatto, un tumore della fossa cranica posteriore.

Lasciamo da canto il sintomo strabismo per due ragioni: prima di tutto perchè, a dire della paziente, la sua manifestazione rimonta alla prima infanzia, ed è quindi poco probabile un rapporto pato - genetico col tumore, i cui primi sintomi si sono manifestati alcuni mesi prima della morte; e poi, perchè è stato sempre costante. Stewart ed Holmes fan notare in proposito che nella maggioranza dei casi di tumore estracerebellare sopravviene la paralisi del retto esterno dal lato del tumore, generando strabismo e diplopia, ma soggiungono che lo strabismo e la diplopia sono in tali casi transitorii e suscettibili di recidiva. (Claude e Lèvy - Valensi).

Restano allora da esaminare i sintomi con i qualisi manifestò la malattia.

È questo uno dei casi in cui la sindrome morbosa scoppia improvvisa e clamorosa. La malata, mentre una mattina scendeva dal letto, si sentì vacillare e cadde per terra. Contemporaneamente avvertì debolezza agli arti, specialmente all'arto superiore sinistro, chè rimasto paretico. La forza muscolare infatti è diminuita, specialmente al braccio sinistro. Subito dopo comparvero il vomito e la cefalea. Non risulta che la malata abbia avuto precedentemente disturbi dell'equilibrio, del tono muscolare, n'è senso di vertigini, nè vomito, nè cefalea. Ella almeno lo ha escluso. Il suo medico di fiducia, tenendo presente l'infezione sifilitica di cui la paziente era affetta, interpretò i disturbi suddetti come manifestazioni di sifilide cerebrale. Ma poichè i disturbi si aggravarono e si aggiunsero altre manifestazioni, specialmente a carico della psiche, inviò la malata in manicomio. Confessiamo che anche in manicomio la prima impressione diagnostica fu che si trattasse di un processo morboso causato dall'infezione sifilitica. Gomma o meningite sifilitica? La diagnosi rimase per un certo tempo dubbia, perchè non esistevano caratteri differenziali sostanziali, che avessero deposto in favore dell'uno o dell'altro processo morboso.

E' noto infatti che quando esiste uno solo di questi processi, la diagnosi differenziale è affidata ad argomenti i più incerti.

Il Murri afferma che il massimo criterio differenziale si ha nella neuroretinite bilaterale, la quale per solito è lieve, quando è prodotta da meningite; se pertanto si riscontra *molto grave*, il giudizio deve pendere fortemente per il tumore. Qualche leggiero indizio può aversi dalle paralisi dei nervi cranici, che sono più comuni e più sparse nella menengite, e dalle paralisi degli arti, che sono più comuni e più complete nel tumore. Il corso lento, progressivo, lungo, indica il tumore quasi certamente: il rapido e breve non l'esclude, ma favorisce più il concetto della infiiammazione.

Ora nella nostra malata era negativo per il tumore quello che il Murri considera come elemento fondamentale della diagnosi differenziale. La neuroretinite, cioè, non soltanto non era molto grave ma era unilaterale, mentre d'orinario nei tumori endocranici, e specialmente in quelli della fossa cranica posteriore, è sempre bilaterale. Ritorneremo in seguito su questo elemento peculiare del nostro caso. Mancavano segni di paralisi dei nervi cranici, come anche mancavano complete paralisi degli arti. Nei tumori della fossa cranica posteriore si riscontra di solito emiparesi od emiplegia. La monoparesi non è frequente. E nel nostro caso esisteva solo una lieve monoparesi dell'arto superiore sinistro. La cefalea era diflusa, ed alla percussione del cranio non si notavano particolari punti dolorosi. Parlavano però in favore della diagnosi di tumore il senso accentuato e continuo di vertigini, la debolezza degli arti, che si manifestava quando la malata tentava di reggersi in piedi, mentre non si notava quando stava a letto, l'atassia, la rigidità del tronco e della nuca nei movimenti di flessione del corpo, le posizioni coatte. Ricordiamo infatti che la malata era obbligata a decombere in primo tempo sul fianco destro, ed in secondo tempo in posizione supina, e che ogni movimento le provocava il vomito.

Tale sindrome si accostava nel suo complesso a quella descritta dal Touche nel primo dei suoi 13 casi, in cui una emorragia limitata all'emisfero cerebellare sinistro aveva prodotto vomito, de-

viazione della faccia verso destra, rigidità della nuca e del tronco, debolezza degli arti superiori ed impossibilità di reggersi sugl' inferiori, decubito laterale destro.

Tenendo quindi presenti i dati forniti dalla fisiopatologia cerebellare (Ferrier, Nohtnagel, Lewandowsky, Luciani, Mingazzini, Bianchi, Colucci ecc.), avevamo elementi sufficienti per diagnosticare una lesione cerebellare. Il dubbio che avesse potuto trattarsi di tumore di altra zona dell'encefalo, decorrente con sindrome cerebellare — fatto di straordinaria frequenza, come in precedenza abbiamo rilevato — veniva eliminato in base ai criterii diffenziali suggeriti dal Barany. Questi infatti afferma che la costanza dei sintomi cerebellari in prove ripetute, gli effetti sfavorevoli della decompressione, la persistente gravità dei fenomeni vertiginosi, ecc. parlano in favore di una lesione cerebellare. E Claude e Levy - Valensi aggiungono che la gravità maggiore dei fenomeni cerebellari è segno patognomonico di tumore estracerebellare. Nella nostra malata la triade fenomenica cerebellare (cefalea, vomito, vertigini) si era andata gradualmente affermando, fino a costituire il nucleo centrale più clamoroso, costante e predominante della sindrome, ed a rendere molto probabile, se non assolutamente certa, la diagnosi di tumore della fossa cranica posteriore. Ed inoltre la gravità costante dei sintomi c' induceva a localizzare il tumore fuori del cervelletto, secondo il criteria suggerito dai summenzionati autori francesi.

Restava ad accertare la natura del tumore, la qual cosa pareva dovesse riuscire meno oscura e difficile.

Noi avevamo infatti nell'anamnesi della paziente un dato etiologico interessantissimo. Ella aveva sofferto sifilide. Dunque l'ipotesi più probabile era quella di una gomma. Tale ipotesi ci fece bene sperare negli effetti di una cura specifica. Invece la cura mercuriale e le iniezioni endovenose di neosalvarsan, più che dar luogo ad un miglioramento del processo morboso, non fecero che generare un

senso subbiettivo di peggioramento, tanto che la cura dovette essere sospesa. Riuscito così negativo il criterio *ex adiuvantibus*, la natura del tumore rimase dubbia.

Nessun lume in proposito ci venne dalla puntura lombare. Con essa si estrassero 15 cm³ di liquido cerebro - spinale limpidissimo, scarso di elementi configurati. Tale reperto veniva ad escludere l'eventualità di un processo infiammatorio delle meningi, decorrente con sindrome simulata di tumore endocranico, e confermava la diagnosi di tumore.

Il Vallette raccomanda la puntura lombare come mezzo diagnostico, ed asserisce che la constatazione di un liquido chiaro parla in favore della diagnosi di tumore cerebrale. Vero è che il liquido limpido si riscontra anche come reperto delle meningiti sifilitiche, ma nel nostro caso avevamo il dato assolutamente negativo del criterio *ex adiuvantibus*, per escludere quasi certamente la natura sifilitica del processo morboso endocranico. Nel liquido non vi era che qualche linfocito. Il Merzbacher osserva chela linfocitosi si trova alla puntura lombare nei soggetti affetti da tumore, ma precedentemente sifilitici; i soli tumori non producono linfocitosi, a meno che non abbiano generato processi infiammatorii delle meningi. Ora nel nostro caso la presenza di qualche linfocito non ci autorizza ad ammettere una linfocitosi. Ma, se anche questa ci fosse stata, sarebbe stata giusficata, secondo il concetto del Merzbacher, dalla coesistenza dell' infezione sifilitica pregressa con un tumore cerebrale di altra natura.

La diagnosi clinica di tumore della fossa cranica posteriore è stata suffragata dal reperto anatomopatologico. All'autopsia infatti si è riscontrato un tumore della grandezza di una piccola noce, di consistenza dura - elastica, che prendeva origine con un picciuolo dalla dura meninge, presso il bordo del forame occipitale, e si esplicava nella fossa cranica sinistra, comprimendo il lobo sinistro del cervelletto, senza contrarre aderenze. Il cervelletto, a sua volta,

presentava nella sua faccia inferiore una fovea, conformata alla faccia superiore del tumore. Le meningi erano normali, ad eccezione di un tratto della dura madre; della grandezza di uno scudo, intorno al punto in cui era inserito il tumore. Il tumore dunque, di origine pachimeningitica, si era manifestato e sviluppato considerevolmente nella fossa cranica posteriore sinistra, comprimendo il cervelletto, il cui emisfero sinistro aveva dovuto subire processi distruttivi e degenerativi, mentre il lobo destro era rimasto integro.

I processi distruttivi del cervelletto, grossolanamente rilevabili ad un esame macroscopico, spiegano e chiariscono la sintomatologia clinica. I sintomi caratteristici delle lesioni cerebellari, pur potendosi riscontrare in altre affezioni dell'encefalo, avevano gradualmente assunto nel nostro caso importanza tale, da dominare la sindrome clinie rendere probatoria la diagnosi di tumore. Le vertigini, il vomito, l'atassia, la cefalea rappresentavano un fenomeno continuo e costante. Ma questi sintomi non erano soli. Ad essi altri se ne aggiungevano, che complicavano la sindrome, e davano ad essa altre caratteristiche, le quali sopratutto rendono il caso presente degno di nota e di rilievo. Abbiamo anzi accennato precedentemente a due sintomi, che non si riscontrano d'ordinario nei tumori della fossa cranica posteriore, e che costituiscono appunto la peculiarità interessante di questo caso, e cioè:

a) la nevrite ottica uni - ed omo - laterale;

b) la monoparesi brachiale, omolaterale anch'essa.

L'esame oftalmoscopico infatti, praticato in una fase avanzata della malattia, ci ha dimostrato rigonfiamento e intorbidamento della pupilla e pallore dei vasi nel solo occhio sinistro, cioè in quello corrispondente al lato del tumore, mentre l'occhio destro non presentava lesione alcuna. Ora questa condizione è eccezionalissima. Il Murri osserva che la nevrite ottica è ordinariamente bilaterale nei tumori encefalici, sebbene sia più accentuata dal lato del tumore; che l'unilateralità di essa costituisce una rarissima eventualità; e che

quando questa si riscontra, è localizzata nel lato opposto a quello del tumore (Hughlings Jackson).

Nel nostro caso invece la nevrite ottica non solo è unilaterale, ma è perfino localizzata nel lato medesimo del tumore. Il tumore infatti è situato nella fossa cranica posteriore sinistra, e la nevrite ottica è limitata al solo occhio sinistro.

Il Murri ebbe a notarne un caso, in cui in soli tre giorni si manifestarono i segni della papilla strozzata limitati al solo occhio destro, mentre i sintomi portavano alla diagnosi di tumore della base destra. Quali le ragioni del meccanismo patogenetico di questo fenomeno? Non è facile determinarle. Già il processo patogenetico della nevrite doppia è abbastanza oscuro. Il Graefe la faceva dipendere da compressione del seno cavernoso e dal conseguente impedimento allo svuotarsi della vena oftalmica. Ma si è visto che vi sono dei casi di chiusura di questo seno, in cui non si manifesta papilla da stasi, perchè la rete centrale della retina può scaricarsi nella vena facciale. L'ipotesi della nevrite discendente, caldeggiata dal Gowers, non regge alla critica; come non regge quella del Leber, che attribuisce la nevrite ottica alle materie irritanti del ricambio nutritivo del neoplasma e della flogosi dei tessuti circostanti. Altri autori ne attribuiscono la causa a un'idrope della vagina dell'ottico, che sarebbe prodotta dal liquido cerebro-spinale, spinto dall'aumentata pressione intracranica, in virtù della comunicazione di essa con lo spazio sottoaracnoideo. Ma si è obbiettato che si osservano tumori piccolissimi con nevrite ottica, e tumori grandissimi senza di essa. Inoltre gli esperimenti del Deuctschmann han dimostrato che, aumentando la pressione intracranica e distendendo la guaina dell'ottico, non si giunge a produrre la nevrite ottica. Questo autore ritiene che la nevrite ottica sia prodotta dall'irritazione di microrganismi esistenti nel cervello e trasportati dal liquido cerebro-spinale nel nervo e nella papilla.

Comunque, si ammette in generale che l'aumento della pres-

sione intracranica, pur non costituendo un elemento indispensabile della nevrite doppia, pure costituisce una condizione preparatoria molto importante. Aggiunge però il Murri, che « a suscitare il processo infiamatorio si richiede uno stimolo, senza del quale il fatto resterebbe incompreso. A questa esigenza logica di uno stimolo, il quale possa elevare l'aumento di pressione intracranica al valore di causa della nevrite doppia, si provvede supponendo o che l'irritazione intorno al tumore si trapianti lungo l'ottico fino alla papilla, o che materiali disassimilativi e microrganismi vadano ad irritare direttamente il nervo ». Siamo sempre nel campo delle ipotesi. Le quali, se dicono quanto sia difficile ed oscuro il processo patogenetico della nevrite doppia, ci chiudono la via a tutte le argomentazioni ipotetiche intorno alla genesì della nevrite unilaterale. Ci fermiamo perciò alla sola constatazione clinica di questo sintomo, che già per se stesso, in virtù della sua rarità, costituisce un fenomeno degno di nota e di rilievo.

L'altro sintomo caratteristico di questo caso clinico è rappresentato dalla monoparesi brachiale sinistra. Nei casi di tumore della fossa cranica posteriore si è notata ordinariamente emiparesi omo - od eterolaterale. Il Monakow spiega così l'emiparesi; egli pensa che fra le numerose connessioni che da ciascuna metà cerebellare si portano alla metà omolaterale del midollo spinale (vie contenute nella *formatio reticularis*, fascio cerebellare discendente ecc.), ve ne sono alcune che servono come punto di azione comune delle vie del cervello e del cervelletto. Una lesione di una metà del cervelletto eliminerebbe parte di queste vie efferenti; e producendo una transitoria diaschisi parziale nel corno anteriore, avrebbe per effetto una emiparesi associata eventualmente ad emiatassia (segno di Mann e Fels). Questo concetto è condiviso dal Mingazzini. Anch'egli però in un caso ebbe a notare amiostenia dell'arto superiore corrispondente al lato del tumore; lo stesso fenomeno ebbe a riscontrare in un altro caso il Chiucini. Come nella nostro ma-

lata. Tale eventualità è però soltanto eccezionale, poichè, come dicevamo, in generale si manifesta emiparesi.

Oltre questi due sintomi importanti, che costituiscono la nota clinica caratteristica del nostro caso, ve ne sono altri anch'essi non comuni.

Nei tumori della fossa cranica posteriore, per esempio, le varie forme di sensibilità si conservano in generale integre. In questo caso invece si è notata una permanente dissociazione della sensibilità. Infatti, mentre la sensibilità tattile è costantemente normale, quella termica è incerta, e quella dolorifica è avvertita solo come senso di toccamento. C' è quindi sopratutto anestesia dolorifica. Tale disturbo della sensibità è dovuto all'azione del tumore sul bulbo, col quale ha quasi rapporti di contiguità.

Avviandosi all'acme del processo morboso, il quadro sintomatologico si rende più complesso. La molestia e l'ambascia si accentuano sempre più, ogni volta che tenta di cambiare posizione *(segno di Schmidt)*; si rendono più spiccate le posizioni coatte, prima sul fianco destro e poi in posizione supina; — segno d' interessamento dei peduncoli cerebellari (Roncoroni) — Si manifestano fenomeni d' ictus cerebellare, che rassomigliano a crisi epilettiformi. Accessi epilettici veri e priopri sono stati constatati in casi di tumore cerebellare, (Murri, Marcand, Claude e Lévi-Valensi ecc.). Ma nel nostro caso la fenomenologia più complessa aveva i caratteri dell' ictus cerebellare, qual'è stato descritto da Brissaud e Rathery. La malata perdeva spesso la coscienza, anzi diceva di dormire più volte nella giornata per breve tempo. Il 4 - 9 - 922 ebbe una crisi grave (ictus cerebellare) con perdita della coscienza pupille midriatiche, respiro superficiale e stertoroso, pallore, sguardo spento con riflesso corneale positivo, polso piccolo, compressibile, intermittente, con 70 battiti a 1 ', riflesso plantare appena percettibile, riflesso rotuleo vivace a destra, debole a sinistra. Tale crisi durò mezz'ora circa, dopo la quale la malata si riebbe completamente.

Il 7 - 10 - 922 la paziente ebbe due crisi pressocchè simili. La prima al mattino, dopo la quale ritornò nelle condizioni abituali, anzi di umore quasi gaio. Diceva di volersi alzare da letto e incipriare, per andarsene a casa. Colta la sera dalla seconda crisi, morì in istato comatoso.

Tutta questa fenomenologia varia e complessa si spiega non solo con le variazioni della pressione intracranica, la cui azione può perfino produrre degenerazione della midolla spinale (Batten e Collier), ma ancora con l' intossicazione che il tumore ha prodotto sui centri cerebrali e spinali, la quale è da ritenersi sia stata di considerevole entità, appunto per la natura del tumore. Nei gliosarcomi dell'encefalo infatti i fenomeni irritativi prevalgono su quelli di deficienza (Colucci), e la sindrome clinica può decorrere alcune volte con l'andamento di un processo infiammatorio (De Michele).

Riassumendo, il caso clinico sopra descritto presenta un decorso ed una sintomatologia degne di considerazione: tra i sintomi fondamentali, due si allontanano dalla norma, e costituiscono una eccezione non comune. Tali sono la monoparesi brachiale sinistra e la nevrite ottica uni - ed omolaterale.

Mentre cioè nei casi di tumore cerebellare sono frequenti le emiparesi, nel nostro caso si notava monoparesi dell'arto superiore sinistro: e mentre nei casi di tumore della fossa cranica posteriore compare, come frequente fenomeno primario (Hartmann) la nevrite ottica bilaterale, e soltanto in casi eccezionalissimi si presenta unilaterale e per giunta localizzata nel lato opposto al tumore, nel nostro caso invece la nevrite ottica non soltanto è unilaterale, ma è localizzata nell' istesso lato del tumore.

Questi due sintomi clinici eccezionali costituiscono quindi la condizione peculiare, che rende degno di nota e di rilievo il caso clinico sopradescritto.

ottobre 1924

BIBLIOGRAFIA

Agosta A. — *I disturbi generali e le lesioni istologiche diffuse nei tumori intracranici* — Rivista sperimentale dì freniatria. Anno LVII. Reggio Emilia. 1922.

Brissaud et Rathery — *Ictus cerebelleuse sousécutif à une tumeur du vermis* — Revue neurol. 1904, p. 1639.

Barany — *Symptomes cercbrales et vestibulaires à distance par des tumeurs cérebrales* — Revue neurologique. Janvier 1913.

Batten E. and I. S. Collier — *Spinal cord changes in cases of cerebral tumor* — Vedi recensione in Annali di nevrologia. Anno XVIII. Napoli. 1900.

Cacciapuoti G. B. — *Contributo allo studio dei tumori del ponte di Varolio* — Annali di nevrologia. Anno XXVII. Fasci I - II. Napoli. 1914.

Colucci C. — *Malattie del cervelletto* — Nel Trattato di patologia medica di Cantani e Maragliano — Vol. II. Parte II bis. Casa Editrice Vallardi.

Cozzaglio G. — *La sindrome a tipo cerebellare nei tumori cerebrali* — Neurologica. Anno XLI. N. 3. Casa Editrice Idelson. Napoli 1924.

Claude et Lévy - Valensi — *Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale* — In Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Carnot. I. B. Baillière et fils. Paris. 1922.

Clande Henri et Schoeffer Henri — *Méningite séreuse et tumeur cérébrale* — L'Encéphale. 18 Année. N. 6. Juin 1923.

Claude, Vincent, Lèvy - Valensi — *De l'hemiplegie homolaterale dans les tumeurs cerebrales* — Societé de Neurologie de Paris. Séance du décembre 1910.

Campo L. — *Sarcoma della fossa cranica posteriore destra con idrocefalo* — Rivista sper. di freniatria. Vol. XXIII. Reggio Emilia 1895.

Dandy vedi recensione di Senise T. — *La pneumografia cerebrale di W. E. Dandy: nuovo metodo di diagnosi e nuovo indirizzo al trattamento dei tumori del cervello* — Il Cervello. Anno II. N. 1. Napoli. Gennaio - febbraio 1923.

DE MICHELE P. — *Glio-sarcoma del cervelletto* — Annali di nevrologia. Anno XII. Napoli. 1894.

FIORE G. — *La sintomatologia del tumore cerebellare nei bambini* — Rivista speriment. di freniatria. Vol. XXXVII. Reggio Emilia 1911.

FRAGNITO O. — *Tumore del lobo frontale destro, decorso con sindrome cerebellare* — Il Policlinico. Vol. XXI. M. 1914.

GOWERS citato da PELLIZZI G. B. — *Fatti clinici ed istologici in rapporto ai rammollimenti che circondano certi tumori cerebrali* — Riv. di pat. nerv. e ment. Vol. VII. Fasc. 1. Firenze. Gennaio 1902.

GELARDINI — *Meningite sierosa e sindrome cerebellare* — Bullettino delle cliniche. Settembre 1915.

GLEY E. G. — *Studies o the Localisation of cerebellar Tumors* — Vedi recensione in Annali di Nevrologia. Anno XXXII. Fasc. 5-6. Napoli. 1914.

HARTMANN F. — *Beiträge zur pathologischen Anatomie und Clinik der Geshwülste der Schädelbasis* — Vedi recensione in Rivista di patologia nervosa e mentale. Firenze. Tol. XI. Fesc. 5. Anno 1906.

IONA E. — *Sopra una meningite sierosa simulante un tumore del cervelletto* — Gazzetta degli ospedali e delle cliniche settembre 1905.

LAMBRANZI R. — *Sindrome neurastenica e tumore cerebrale* — Rivista di pat. nerv. e ment. Anno XXII. Vol XFII. Siena. 1922.

LUCIANI L. — *Fisiologia dell'uomo* - Vol. III. Societ‍à Editrice Libraria. Milano.

LAMA A. — *Tumore del mesencefalo con sintomatologia simile a quella dell'encefalite letargiga* — Studium 1921. N. 10.

LASAREW W. — *Geschwulst des Occipitallappens, durch die eine Geschwulst aer hinteren Schädelgrube vorgetänscht wurde* — Vedi recensione in Rivista di pat. nerv. e ment. Vol. XVI. Fasc. 5. Firenze. Maggio 1911.

LIBERTINI G. — *Un caso di tumore del cervelletto* — Annali di nevrologia. Napoli. 1899.

MINGAZZINI — *Anatomia clinica dei centri nervosi* — Unione tipografico - editrice torinese. 1908.

MINGAZZINI G. — *Sui tumori del lobo temporale sinistro e dell'angolo ponto - cerebellare* — Rivista di patologia nervosa e mentale. Vol. XVI. Fasc. 8. Firenze. Agosto 1919.

MERZBACHER L. — *Sull' importanza diagnostica della puntura lombare nella psichiatria e nella nevrologia* — Riv. di patol. nerv. e mentale. Vol. XI Fasc. 5. Firenze, maggio 1906.

MARCHAND L. — *Tumeur cérébelleuse et épilepsie* — Vedi recensiona in Rivista di pat. nerv. e ment. Vol. VII. Fasc. 1. Firenze, Gennaio 1902.

MAY - TROMBETTA — *Malattie dell'occhio* — Unione Tipografica Editrice Torinese. 1916.

MURRI A. — *Tumori intracranici* — Nel Trattato di patologia e terapia medica di Cantani e Maragliano. Vol. II. Parte IV. Casa Edit. Vallardi. Milano.

OSBORNE O. — *A case of tumor of the cerebellum: autopsy* — Vedi recensione in Annali di nevrologia. Anno XX. 1902.

PARIANI C. — *Un caso di glioma cerebrale con morte improvvisa* — Rivista di pat. nerv. e ment. Vol. XI. Fasc. 3. Firenze 1906.

PAGANO G. — *Studii sulla funzione del cervelletto* — Riv. di pat. nerv. e ment. Vol. VII. Fasc. 4. Firenze. Aprile 1902.

RONCORONI L. — *Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali* — Unione Tip. Editr. Torinese. 1910.

RICCA S — *Contributo allo studio dei tumori dell'angolo ponto - cerebellare* — Annali di nevrologia. Anno XXIX fasc. I - II Napoli. 1911.

SAINTON P. ET PÉRON NOËL — *Troubles psychipue et tumeurs de l'hypophyse. A propos d'un neoplasme pituitaire a symptomatologie mentale* L'Encéphale. 19 année. N. 6. Juin 1923.

TONNINI S. — *La diagnosi dei tumori endocranici nei pazzi e la frequenza di essi nei così detti reperti di autopsia* — Rivista di pat. nerv. e ment. Vol. VI. Fasc. 4. Firenze. 1901.

TOUCHE R. — *Treize observations de ramollissement ou d'hémorragie du cervelet, de la pretuberance anulaire et du pédoncule cerebral* — Arch. gén. de mèd. 1900.

VALLETTE A. — *Contribution à l'étude des tumeurs cerébrales à forme psychique* — Vedi recensione in Riv. di pat. nerv. e ment. Vol. X. Fasc. 9. Firenze. Sett. 1905.

VINCENT CL. — *De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des syndromes d'hypertension intracranienne et dans celui de la localisation des tumeur cérébrales* — Revue neurologique. N. 4. 1911.

MANCANO - pag 33-34

R. MANICOMIO DI AVERSA
Diretto dal Prof. E. LA PEGNA

LA REAZIONE BUSCAINO

Contributo clinico - sperimentale

Nota preventiva

PEL
DOTT. VINCENZO GIRONE
Medico straordinario

Nel XIII Congresso di Freniatria, tenuto verso la fine del 1907 a Venezia, i relatori Catola (1) e Pighini (2) trattarono del ricambio materiale nella psicosi, concludendo che « i processi mentali normali e patologici non sembrano tradursi obbiettivamente con manifestazioni apprezzabili del ricambio bio-chimico ». Convennero però sul fatto che in alcune psicosi (maniaco-depressiva, demenza precoce, epilessia, paralisi progressiva e in quelle tiroidee) le alterazioni metaboliche, pur non rappresentando un carattere patognomonico, tuttavia fanno pensare ad una specificità d' intossicazione per ciascuna di esse. E del resto, come credono Weigandt (3) Roncoroni (4) Tanzi e Lugaro (5) non possiamo, allo stato attuale, dalle variazioni qualitative e quantitative delle urine detrarre un reperto sicuro che lasci inquadrare una ben determinata forma morbosa, pur essendo tutti gli AA. d'accordo che alterazioni fisio-chimiche delle urine si trovino nei diversi quadri clinici mentali.

Recentemente però Buscaino ha emesso l'ipotesi — confortata da dati sperimentali — che attraverso le urine si possono avere delle spiccate e specifiche reazioni: teoria che modificherebbe sostanzialmente il criterio etiopatogenetico di alcune entità morbose e segnerebbe i confini di svariatissime indagini al riguardo.

A tal proposito credo opportuno accennare brevemente ai contributi di molti AA. circa il significato bio-chimico delle urine nella patologia mentale e specie dell'epilessia e della demenza precoce, anche perchè essi costituiscono il sostrato ed il nesso per le considerazioni sulla reazione Buscaino.

Epilessia

Il Pellegrini (6) riscontrò aumento d'indossilsolfato potassico negli alienati mentali, specie nelle psicosi infettive o nelle paralisi progressive; Galante e Savini (7) notarono aumentata la quantità degli acidi solforici con l'avvicinarsi degli attacchi epilettici e negli equivalenti, per raggiungere il massimo durante l'attacco comiziale e infine diminuzionegraduale nel periodo post-convulsivo; Agostini (8) sostenne che il ricambio metabolico dell'epilettico «all'infuori dell'accesso convulsivo è inferiore al normale» e che «dopo un accesso motorio violento avviene un aumento della sensibilità, dell'acidità e dell'eliminazione di tutti i principii regressivi del ricambio eccettuati i cloruri» e che infine dopo «accessi di piccolo male, dopo episodi allucinativi, avviene un aumento sensibile dell'eliminazione dei fosfati, specie dei terrosi».

Maragliano (9) però non ebbe a riscontrare come lo ritennero Mendel (10) Lepine e Jaquin (11) Rivano (12) un aumento dell'acido fosforico durante l'accesso convulsivo; anzi egli negò esistervi un nesso tra malattie nervose ed eliminazione di acido fosforico. L'urea sarebbe secondo Agostini e Cristiani (13) in aumento durante l'accesso, mentre Teeter (14) la trovò diminuita come Voision e Peron (15) Smith,

Mairet (16) e Rivano (17): urea che aumenterebbe dopo la convulsione.

Guidi e Guerri (18) conclusero che esiste una relazione inversa nel ricambio dell'epilettico tra eliminazione di urea e dei composti ammoniacali; che tutti i ricambi catabolici sono rallentati e vi sia invece un aumento nell'eliminazione degli acidi fosforico e solforico.

E. Kempner (19)— alcuni anni indietro —ha studiato il rapporto degli aminoacidi nelle convulsioni sia tipiche che dovute a psicopatie organiche, nella paralisi progressiva nonchè nello stato preagonico «egli li trovò notevolmente in aumento». Egli riusciva a misurare il quantitativo degli amino acidi dopo averli titolati col metodo di Sörensen (scissi con formolo e privati d'ammoniaca mercè una forte corrente d'aria) e rilevando l'acidometria del gruppo carbossilico. (Il formolo si lega al gruppo aminico liberando il gruppo carbossilico e non scioglie creatina che pur contiene un gruppo aminico). Egli non seppe spiegarsi tale aumento di amino acidi (dovuti probabilmente al consumo del tessuto muscolare durante l'accesso motorio) riscontrato anche prima dell'accesso e nei periodi intervallari.

Demenza precoce

D'Ormea e Maggiotto (20) han pubblicato in varie riprese i loro risultati sul ricambio materiale della demenza Schizofrenica: essi hanno visto come l'eliminazione del bleu di metilene e del ioduro di potassio sia rallentato specialmente nelle varietà catatoniche e paranoidee e come tutti i processi organici di ossidazione vadano a rilento sì da concludere: «La demenza precoce presenta un'alterazione del ricambio materiale, assolutamente caratteristica che la differenzia da tutte le altre psicosi anche ad essa più affini».

«Ci crediamo perciò autorizzati a considerarla come una malattia del ricambio, ciò che non ne esclude però affatto la probabile base degenerativa».

« Questa alterazione del ricambio, forse prodotta da veleni elaborati negli organi sessuali che riuscirebbero dannosi al cervello, secondo la ipotesi già formulata dal Kraepelin dovrebbe quindi considerarsi come la causa mediata di questa malattia: mentre poi nelle lesioni anatomiche della corteccia cerebrale si troverebbe la ragione immediata della sua sindrome spesso caratteristicamente parziale che collima perfettamente, come dice il Tanzi, con una lesione elettiva e sistematica di speciali neuroni corticali che potrebbero essere le cellule poliforme dello stato profondo. La demenza precoce sarebbe dunque l'effetto di una degenerazione sistematica e parziale della corteccia, determinata da un auto intossicazione continuata come è dimostrato dalla persistenza delle alterazioni del ricambio nelle forme di antichissima data ».

∴

Ma come contradittori sono i risultati in queste due malattie (e si veggano a tal riguardo i lavori sia sul valore bio - chimico che sul potere uro - tossico di Bleile (21) Deny e Chouppe (22) Féré (23), Mirto (24) Dotto (25) Martinotti (26) Bonfigli (27) Sotgia (28) Tonnini (29) Dide e Chénais (30) Brugia (31) ecc) così diversi risultati o reperti poco in interessanti nella paralisi progressiva (Selmi (32), nella frenosi maniaco - depressiva (Alberti (33), nell' isterismo (Fornaca (34), (Voisin (35), Mairet (36), nella pellagra (Camurri (37) e nelle diverse fasi di alcune entità morbose: Massaut (38), Slosse (39), Mairet (40) De Boeck (41), Herter (42), Bodoni (43), Andreetta (44) Lui (45) Rossi (46) Wiedermeister (47), Bouchard (48), Marro (49) Pfeiffer (50), Albrecht (51), Stefani (52), Chavalier-Lavoure (53), Veil Debois (54), Séglas (55) ecc.

.·.

Come abiam visto il Kempenr (con lo studio degli amino acidi) e D'Ormea e Maggiotto hanno affacciata l'ipotesi, il primo per l'epilessia, i secondi per la demenza schizofrenica, che in tali entità morbose vi sia uno specifico dato tossico nelle urine che potesse spiegare la loro patogenesi.

Ma il Buscaino è stato più preciso nel determinismo di un'eventuale tossicosi: infatti nel riassunto degli studi personali (56) egli ha concluso:

« Dati urologici e dati sperimentati miei concordano nella conclusione che la demenza precoce, l'amenza e le sindromi amiostatiche post e non post - encefalitiche sono espressione dell'intossicazione d'un encefalo da parte di speciali ammine abnormi, formantisi in primo luogo nell'intestino tenue, sotto l'influenza di microrganismi speciali, differenti da quelli della tubercolosi ».

Tanzi e Lugaro — a tal proposito (57) — riferiscono:

« Recentemente Buscaino ha notato la presenza, in alcune orine, di particolari sostanze abnormi. La prova si esegue facendo bollire per un minuto orine limpide che non abbiano subito la fermentazione ammoniacale, con una soluzione acquosa di nitrato d'argento al 5 %, nelle proporzioni di 2 parti d'orina per una di reattivo. In condizioni normali il precipitato che si forma e sedimenta rapidamente, è bianco; in condizioni abnormi si possono rappresentare quattro gruppi di colorazioni differenti: nera, marrone, rosso vinosa, caffè - latte con sfumature varie entro i singoli gruppi. Le reazioni nera, marrone rosso - vinosa sono dovute alla presenza di particolari ammine a nucleo immidazolico, differenti nei particolari di struttura, pei singoli gruppi di reazioni colorate (composti dell'immidazoliletilammina o istidina per le orine a reazione nera intensa).

Date le proprietà generiche delle ammine, e dell' istidina in ispecie, la positività della reazione, oltre che essere indice di abnormità del ricambio, rivelerebbe la presenza, nel sangue e nel liquido cefalo - rachidiano di sostanze tossiche ad azione precipua sul sistema nervoso vegetativo. Questa reazione, che compare episodicamente in vari gruppi di casi clinici, ha importanza, in psichiatria, per gli stati confusionali di qualsiasi natura e per la demenza precoce (pre - cipitati del gruppo nero nella proporzione, rispettivamente del 58 e del 55 per cento). Le orine d' individui semplicemente distimici reagiscono come quelle dei normali. I risultati sono positivi, con varie tonalità di precipitato, nelle orine di malati d'encefalite letargica»

Ed ecco un breve cenno dei risultati ottenuti da Buscaino ed altri AA:

1.°) Reazione nero intenso: demenza precoce, amenza (Arbela Wahl, Bostroem e Breching, Kasatcenco, Trirodoff, mentre percentuali basse hanno avuto Ciampi e Ameghino, Santonè).

2.°) Nero marrone: demenza precoce, ascessi caldi.

3.°) Nero verdastro e nero terra: influenza, encefalite epidemica, sindromi parkinsonoidi postencefalitiche, morbo di Parkinson, demenza precoce catatonica, sindrome Wilsonsimile, atrofia cerebellare cronica.

4.°) Nero verdastro atipico: tubercolosi non polmonare.

5.°) Bianco — normali (Wahl, D'Arbela, Santonè, Airola, Bostroem e Brechling, Ciampi e Ameghino, Kasatcenco, Barbieri, Parhon e Derevici, Trirodoff).

6.°) Bianco — Maniaci o melanconici puri (D'Arbela, Santonè, Bostroem e Brechling, Kasatcenco, Trirodoff, Paron e Derevic i).

Questi i risultati e la letteratura riportata dal Buscaino

ai quali occorre aggiungere le conclusioni recentissime di altri due AA. che hanno studiato la reazione:

1.°) Graziani (58) (su 200 ammalati e 800 analisi) ha notato:

a) Reazione nera (nero, grigio, marrone - nerastro):

1. Amenza 36 °|°
2. Demenza precoce 15 °|°
3. Malanconia dell' involuzione 27 °|°
4. Psicomania depressiva 17 °|°
5. Encefalite
6. Normali e psicopatici in genere 15 °|°
7. Stati febbrili
8. Stati sitofobici, marastici e diarroici

L'A. trova, nel terzo dei casi, positiva la ricerca dell' urobilinogeno e sostiene (con questi dati sperimentali) che la reazione nera non è patognomonica della demenza precoce, dell'amenza, dell'encefalite epidemica ecc. e quindi esclude l'affinità biologica e patogenetica tra l' intossicazione da ammina a nucleo immidazolico e tali malattie.

Il Chiadini (59) invece riscontra la reazione nera in alcuni casi che non interessano soltanto la neurologia e la psichiatria e comunica — preventivamente — alcune osservazioni attinenti la patologia generale:

1. Reazione positiva — isterismo, epilessia essenziale, psicosi paranoidea (con stipsi), ulcera duodenale con emorragia e stipsi (nera) ipertrofia del collo dell'utero con prolasso dell'utero in donna vergine (prima e dopo l'operazione) « nera »

2. Reazione normale — Nefrite interstiziale cronica, broncopulmonite destra con ipertemia e albuminuria.

∴

Come si vede i risultati sono contradittori e la linea di massima stabilita da Buscaino verrebbe inficiata nelle sue capitali

e caratteristiche specificità: a ciò occorre aggiungere un'altra divergenza d'opinioni e cioè circa la quantità di reattivo che occorre impiegare per la positività dei reperti.

D'Arbela (60) in un suo studio in proposito aveva — con dati sperimentali — confortato il criterio che con dosi elevate di reacettivo si può aver positivo il reperto (con colore nero) anche in urine normali.

Ma il Buscaino contrabatte tale ipotesi (61) e pur ammettendo determinate colorazioni nelle urine normali usando dosi maggiori di reattivo, cosa del resto che egli aveva già vagliata in un precedente suo studio (62) conchiude che in condizioni normali, d'equilibrio biologico completo, non risulta che esistano, nelle urine umane, sostanze basiche capaci di dare con Ag NO 3 a caldo reazioni tipicamente nere, come quelle contenute nelle urine di amenti, dementi precoci, encefalitici letargici ecc. Ne esistono altre che, dopo l'eliminazione dei cloruri, danno precipitati ocraceo e bigio, più o meno scuro, con sfumature rossicce ».

In conclusione le divergenze della teoria Buscaino vertono sulle seguenti considerazioni:

1. La reazione nera è specifica della demenza precoce, amenza. encefalite ecc. ?

2. Nei normali e nei psicopazienti, aumentando il reattivo, vi può avere sedimento colorato in nero ?

3. Qual valore biologico hanno le reazioni anormali nella patologia generale ed in ispecie in quella mentale e nervosa ?

4. Le reazioni mutano in rapporto al metabolismo organico ?

Ecco i quesiti che mi sono proposti, iniziando lo studio presente; ed ho creduto opportuno esagerare nelle prove e controprove perchè i risultati avessero potuto offrire una garanzia in un certo qual modo assoluta.

.·.

Prima di passare alle ricerche brevi parole sul significato chimico e biologico che Buscaino (63) ha annesso alle ammine:

1\. *a)* il precipitato nero sarebbe dovuto a composto dell' immidoazoliletilammina o istammina legata al gruppo diossipirimidinico.

b) il precipitato marrone — immididoazolilmetilammina — legato al gruppo ammino - pirimidinico.

c) il precipitato rosso vinoso - immido azolilmetilammina.

2\. *a)* la presenza della reazione nera sarebbe legata ad alterazioni degenerative del fegato.

b) le ammine a nucleo immidazolico sono esponenti di sostanze tossiche o meglio di un' intossicazione svolgentesi sopra un sistema nervoso predisposto.

c) C'è da ritenere che la sorgente di tali sostanze tossiche sia costituita dal tenue (e ciò sarebbe confortato dai reperti anatomo - patologici.

d) L'istammina — sperimentalmente — determinerebbe (65) su animali di esperimento lesioni sistematiche (gangli della base, alterazioni del nevrasse e della nevroglia) nonchè lesioni disseminate istoliche del sistema nervoso: zolle di disintegrazione a grappolo.

e) Molto probabilmente tali istammine sono elaborate — come si è detto — nell'intestino tenue per processi (batterici?) specifici (66)

Reazioni di prove

Ho esaminato le persone normali per primi — infermieri, personale di custodia e d'assistenza, familiari — e la reazione è stata sempre bianca — qualche volta tendente al bianco sporco e al gialletto.

Ho eseguite le ricerche su individui in ottime condizioni somato - psichiche, e mi riservo comunicare quanto prima i risultati ottenuti con la R. B. su individui normali ma affetti da turbe della vita vegetativa.

Le urine trattate non erano in fermentazione ammoniacale ed erano

limpide: alcune di esse sono state sottoposte a filtrazione — previa ebollizione — ma con uguali risultati. La media delle reazioni con aumento di reattivo mi ha dato quasi costantemente, con oscillazioni di tonalità dello stesso colore, i seguenti dati:

Esame su 41 persone normali

I. reazioni — Urina cc 3 — Reattivo cc 1,50 — bianco
II. » » » » » 3 — latte e caffè o marr. chiaro
III. » » » » » 4 — rossiccio o grigio rossas.

E sugli infermi, più specificatamente:

42. Petr. Giovanni, 27 anni — Demenza precoce paranoide
I. reazione. Urina cc. 3. Reattivo cc. 1,50 — bianco con zolle giallette
II. » » » » » 3 — bianco rossiccio
III. » » » » » 4 — nero fuligginoso

43. Pand. Carlo, 15 anni — Epilessia (cerebroplegia inf.)
I. reazione c. s. — Marrone chiaro
II. » c. s. — Rosso mattone
III. » c. s. — Nero di seppia

44. Di Tu. Martino, anni 19 — Cerebropatia ab infant.
I. reazione c. s. — Marrone con zone gialle
II. » c. s. — Giallo rossiccio
III. » c. s. — Rosso nerastro con zolle giallette

45. Zull. Giovanni, anni 33 — Frenosi epilettica.
I. reazione c. s. — Nero fuliggine
II. » c. s. — Nero scuro
III. » c. s. — Nero di seppia

46. Giord. Vincenzo, anni 57 — Psicosi tabetica.
I. reazione c. s. — Marrone
II. » c. s. — Rosso nerastro
III. » c. s. — Nero di seppia

46. Batt. Antonio, anni 16 — Frenosi maniaco depressiva

I. reazione c. s. — bianco sporco

II. » c. s. — latte e caffè

III. » c. s. — latte e caffè con zolle rossicce

48. Gapr. Antonio, anni 40 — Cerebropatia inf. ed epilessia

I. reazione c. s. — Bianco sporco

II. » c. s. — rosso scuro

III. » c. s. — rosso con zolle nerastre

49. Cer. Marco, anni 39 — Cerebropatia infant.

I. reazione c. s. — latte e caffè con zolle nere

II. » c. s. — Marrone » »

III. » c. s. — rosso mattone » »

50. Irt. Verino, anni 45 — Esaltamento maniaco in alcoolico

I. reazione c. s. — bianco

II. » c. s. — bianco con zolle grigio scure

III. » c. s. — » » » rossicce

51. De Ang. Michele, anni 21 — Cerebropatia inf. (crisi d'eretismo)

I. reazione c. s. — marrone

II. » c. s. — marrone più intenso

III. » c. s. — rosso mattone

52. R. Umberto, anni 21 — Cerebr. inf. (epilessia)

I. reazione c. s. — marrone

II. » c. s — marrone più intenso

III. » c. s. — marrone con zolle nero - rossicce

53. Silv. Francesco, anni 32 — Frenosi epilettica

I. reazione c. s. — caffè - latte

II. » c. s. — nero - marrone

III. » c. s. — nero di seppia

54. Minc. Pasquale, anni 40 — Demenza precoce paranoide

I. reazione c. s. — latte e caffè
II. » c. s. — rosso mattone
III. » c. s. — nero - rossastro

55. Cap. Serafino, anni 18 — Cerebropatia infant. (epilessia)

I. reazione c. s. — latte - caffè con zolle nere
II. » c. s. — color feccia » »
III. » c. s. — nero con zolle rossastre

56. Ginev. Arturo, ann. 34 — Demenza precoce paranoide

I. reazione c. s. — latte - caffè con zolle rossastre
II. » c. s. — » » » nerastre
III. » c. s. — nero di seppia

57. Capp. Gerardo, anni 37 — Demenza precocé paranoide

I. reazione c. s. — nero fuligginoso
II. » c. s. — nero inchiostro
III. » c. s. — nero di seppia

58. Melch. Paolo, d'anni ? — Cerebropatia inf. (Epilessia)

I. reazione c. s. — marrone
II. » c. s. — marrone - rossiccio
III. » c. s. — marrone - nerastro

59. Bos. Franc., d'anni 38 — Malanc. neurast. (inizio di dem. prec.)

I. reazione c. s. — bianco sporco
II. » c. s. — latte-caffè con zolle marr.
III. » c. s. — marrone nerastro

60. Zann. Antonio, d'anni 31 — Sindrome cerebello - parkinsonsimile da encefalite epidemica

I. reazione c. s. — bianco sporco
II. » c. s. — bianco rossastro
III. » c. s. — marrone - rossastro fuligg.

Note sulle reazioni di prova

1. Sui normali la reazione nera (sui 41 casi studiati e ripetuti varie volte e con reperti — in massima — uguali) non è mai presente anche triplicando quasi la proporzione del reattivo.

2. Vi è una progressione ben caratteristica nel cambiamento di colore dalla I. reazione alla III.: in generale il colore aumenta e tende sempre più alle tonalità più scure a seconda che s'aumenta il reattivo.

3. Qualche volta il colore della I. reazione non è ben netto: è la III. allora quella che ci fa notare la presenza di zolle nere o nerastre (casi 42, 48, 53, 54, 60).

4. I colori della I. reazione possono variare di tonalità; ciò spiega che nella III. si possono osservare colori diversi.

5. Anche nei psicopazienti (ho riportato un solo caso — il 50. — perchè gli altri esperimenti mi han dato uguali risultati) quando la I. reazione è bianca, la III. non raggiunge il nero.

Reazioni diverse sugli stessi individui

Per stabilire quale sia il colore di norma alla reazioni Buscaino occorre praticare svariatissime prove: ho tenuto — per massima — far le ricerche nei seguenti momenti:

a) Nelle prime ore del mattino;

b) dopo la colezione;

c) tre ore dopo;

d) prima del pasto;

e) durante la notte.

E' inutile dire che maggiormente deve richiamare l'attenzione per le ricerche il paziente allorchè è affetto o da turbe della vita vegetativa (intossicazioni, disturbi gastro-enterici, ipertermia) o da fasi caratteristiche delle sindromi morbose (eccitamento psico-motorio, sitofobia, catatonia, crisi d'eretismo, ecc.).

Ed ecco le variazioni che ho riscontrate sugli stessi individui premettendo che la reazione prima è quella che è di norma e che chiameremo fondamentale.

1. Clem. Luigi, 28 anni — Demenza precoce paranoide

I. v. — bianco sporco

(dopo 5 giorni) II. v. — grigio scuro (E' in fase di eccitamento)

2. Ad. Nunziato Nic. 35 anni — Sindrome demenz. in cerebropatico ab infanzia

	I. v. — bianco
(dopo 6 giorni)	II. v. — latte e caffè (lieve disturbo gastro-intestinale)
(dopo 1 giorno)	III. v. — bianco

3. Mont. Ettore, anni 25 — Frenosi epilettica

3 giorni dopo l'accesso convulsivo)	I. v. — latte e caffè
5 » » » »	II. v. — bianco
8 » » » »	III. v. — »
17 » » » »	IV. v. — »

4. Mal. Federico, d'anni ? — Demenza precoce paranoidea

?	I. v. — latte e caffè
(dopo 3 giorni)	II. v. — bianco sporco
» 5 »	III. v. — » »
» 8 »	IV. v. — » »

5. Tro. Emiddio, d'anni 40 — Demenza precoce ebetrenica

	I. v. — latte e caffè
(dopo 4 giorni)	II. v. — bianco sporco
» 8 »	III. v. — » »

6. Far. Camillo, d'anni 28 — Demenza precoce ebefrenica

?	I. v. — latte e caffè
(dopo 7 giorni)	II. v. — bianco sporco
» 10 »	III. v. — » »

7 Far. Vincenzo, d'anni 39 — Demenza precoce paranoidea

?	I. v. — latte e caffè
(dopo 10 giorni)	II. v. — bianco sporco
» 12 »	III. v, — » »

8. Capr. Antonio, d'anni 40 — Cerebrop. ab infantia (Epilessia)

	I. v. — latte e caffè (disturbo intestinale
(dopo 3 giorni)	II. v. — bianco
» 5 »	III. v. — »

9. Vall. Luigi, d'anni 29 — Cerebrop. ed alcoolismo

	I. v. — latte - caffè (anoressia)
(dopo 3 giorni)	II. v. — bianco

10. Garo. Manlio, d'anni 27 — Psicosi epilettica
I. v. — latte - caffè
(2 giorni dopo l'accesso) II. v. — » » con zone gialle

11. Pic. Donato, d'anni 24 — Demenza precoce ebefrenica
I. v. — bianco sporco
(Ha diarrea) (1 giorno dopo) II. v. — marmo - venato in rosso nero
(il giorno seguente) III. v. — marrone

12. Pezz. Vincenzo, d'anni 32 — Demenza precoce ebefrenica
I. v. — latte e caffè (eccitamento psico - motorio)
(il giorno seguente) II. v, — bianco sporco

13. Del Ve. Erasmo, d'anni 62 — Alcoolismo cronico
I. v. — bianco sporco
(il giorno dopo) II. v. — latte e caffè (avverte vaghi malesseri
(3 giorni dopo) III v. — bianco

14. Zu. Giovanni, d'anni 33 — Frenosi epilettica
(alcuni giorni dopo l'accesso e quasi sempre) — Marrone con zolle grige
(febbre 38° per autointossicazione) II. v. — nero di seppia
III. v. — marrone grigio

15. De Ange. Michele, d'anni 21 — Cerebr. ab inf. (Crisi d'eret.)
I. v. — bianco
(5 giorni dopo) II. v. — bianco
(il giorno dopo) III. v. — marrone (stato d'eccit.)

16. Ir. Verino, d'anni 45 — Esaltamento maniaco in alcoolico
(diarrea e 37.4 temp.) I. v. — nero marrone
10 g. dopo e ordinariamente II. v. — bianco sporco

17. Zann. Antonio, anni 31 — Sindrome cerebello-parkinsonsimile da enc. epid.
ordinariamente I. v. — latte-caffè con zolle nere
dopo 10 giorni II. v. — marrone chiaro
dopo 15 giorni III. v. — bianco sporco (stato di euforia)

18. Copp. Salvatore, anni 21 — Cerebr. inf. ed epilessia ordinar.
I. v. — bianco
3 giorni dopo — II. v. — bianco sporco (1|2 ora dopo l'accesso
» » — III. v. — bianco

19. Sp. Raffaele, anni 31 — Frenosi epilettica assoc. a dem. prec. ordinar. — bianco sporco con zolle marroni
3 giorni dopo — marr. scuro (1 gior. dopo l'accesso)
10 » » — marrone chiaro

20. Dm. Antonio, anni 33 — Tabo — paralisi
I. v. — nero di seppia (st. diarr.
E' guarito dopo 5 gior. — II. v. — nero marrone
» 7 » — III. v. — marrone chiaro
IV. v. — latte-caffè con zolle rossastre

11. Ros. Michelangelo, anni 27 — Dem. prec. ebefrenica, bronco alveolite
I. v. — latte - caffè
II. v. — » » con zolle scu- (38 1|2 temp)
III. v. — » » (38 gr.)

22. Del Gr. Francesco, anni 66 — Epilessia tardiva
I. v. — marrone
(dopo 5 giorni) — II. v. — nero di seppia (stato diarroico senza febbre)
» 1 » — III. v. — marrone

23. Pand. Carlo, anni 15 — Epilessia
(17 gior. dopo l'attacco) — I. v. — marrone chiaro
25 » » » — II. v. — latte - caffè
30 » » » — III. v. — » »

24. Ricc. Ettore, anni 45 — Demenza precoce ebefrenica
I. v. — bianco spor. (stato diar-r. senza febbre, in via di risoluzione)
(dopo 5 giorni) — II. v. — bianco

NOTE SULLE VARIAZIONI DI R. B. SUGLI STESSI INDIVIDUI

1. Nella epilessia — in genere — le reazioni fondamentali si modificano allorchè sta per sopraggiungere l'accesso epilettico o l'equivalente per ritornare allo *stato quo ante* dopo qualche tempo (casi 3, 10, 18. 19).

2. Negli stati diarroici le reazioni fondamentali vengono modificate per ritornare — a guarigione avvenuta — alla norma (casi 22, 20, 24) e così nei disturbi a carico dall' intestino (2, 8).

3. Negli stati febbrili avviene la stesso (casi 22, 21, 16).

4. Negli stati di eccitamento, di sitofobia (casi 1, 9. 15, 13) vi è — nell' istessa maniera — transitoria modificazione della reazione fondamentale.

Quindi da tali osservazioni si può desumere che i colori fondamentali rappresentano un indice costante dell' individuale costituzione somato - psichica e le eventuali e transitorie modificazioni sono quasi sempre in rapporto ad alterazioni del metabolismo organico.

I disturbi gastro intestinali hanno un' influenza straordinaria sul valore della R. B. : onde si può ammettere che quando si è giunto — attraverso svariatissime ed oculate prove e controprove — a comprendere quale sia il valore fondamentale delle urine del paziente alla reazione, le variazioni di essa acquisteranno un importante valore diagnostico.

Tale criterio deve guidare anche nelle eventuali variazioni di stato in molte psicosi e neurosi.

∴

Consideriamo ora il punto più interessante della teoria **B u s c a i n o**: cioè la reazione nera come specifica di determinate malattie mentali. Riferisco su 100 ammalati dei quali accuratamente si è ricercata la reazione fondamentale.

Naturalmente, si tratta di individui in buone condizioni somatiche.

Gl' infermi in esame sono rappresentati così:

Frenosi epilettica	II.	
Alcoolismo cronico	II.	
Demenza schizofrenia	36	(per le 3 varietà: ebefr.cat. paran).
Cerebropatie ab infantia	15	
» ed epilessia	13	
Sindrome pre - paralitica	2	
» tabetica	1	
» demenziale	4	II
Demenza involutiva	2	Stati confusionali
Tabo - paralisi	1	
Sindrome parkinsonsimile	1	
Frenosi maniaco depresssiva	1	
Paranoia originaria	1	Stati di lucidità mentale
Corea cronica di Huntington	1	

Color bianco 15 °/₀

Frenosi epilettica	2
Alcoolismo cronico	3
Cerebropatie ab infantia	5
Demenza precoce paranoidèa	2
Sindromi demenziali	2
Demenza senile	1

Color bianco sporco 17 °/₀

Demenza precoce catatonica	3
» » ebefrenica	3
» » paranoide	1
Alcoolismo cronico	1
Corea cronica di Huntington	1
Cerebropatie ed epilessia	5
Paranoia originaria	1
Malinconia neurastenica	1
Frenosi maniaco - depressiva	1

Grigio scuro 2 °/o

Demenza precoce ebefrenica	1
Cerebropatia ab infantia	1

Latte e caffè 36 °/o

Frenosi epitettica	4	con zolle giallette
Sindrome parkinsonsimile	1	
Demenza precoce ebefr.	6	
» catat.	2	
» paran.	7	
Cerebropatie ab infantia	5	
» ed epilessia	4	
Sindrome pre paralitica	1	
Alcoolismo cronico	5	
Psicosi involutiva	1	

Marrone 16 °/o

Demenza precoce ebefr.	2
» paranoica	4
Alcoolismo cronico	1
Epilessia	3
Cerebropatia ab infantia	2
psicosi tabetica	1

Nero 17 °/o

Demenza precoce ebefrenica	2
» » paranoide	3
Sindrome demenziale	1
Tabo paralisi	1
Cerebropatia con epilessia	1
» ab infantia	2
Frenosi epilettica	2
Alcoolismo cronico	1
Sindrome pre - paralitica	1

PERCENTUALI

	Bianco	Bianco sporco	Grigio	Latte-caffè	Marrone	Nero
Alcoolismo cronico	3	1	—	5	1	1
Cerebropat. ab infantia	5	—	1	5	2	2
Demenza precoce ebefrenica	—	3	1	6	2	2
Demenza precoce catatonic	—	3	—	2	—	—
Dem. prec. paran.	2	1		7	4	3
Sindromi demenz.	2	1	—	—	—	1
Sindrome tabetica	—	—	—	1	—	—
» preparalit.	—	—	—	1	—	—
» parkins.	—	—	—	1	—	—
Demenza involutiva	1	—	—	1	—	—
Tabo - paralisi	—	—	—	—	—	1
Corea cronica di Huntington	1	—	—	—	—	—
Paranoia originaria	—	1	—	—	—	—
Frenosi maniaco - depressiva	—	1	—	—	—	—
Frenosi epilettica	2	—	—	4	3	2
Cerebropatia ed epilessia	—	5	—	4	3	1
TOTALE	15	17	2	36	16	13

Come abbiamo detto da principio — secondo quanto ammettono Tanzi e Lugaro — le reazioni positive sono quelle Nere, Marroni, Rosso - vinose.

La reazione con colore latte - caffè non è caratteristica: abbiamo nel paragrafo « *Reazioni diverse sugli stessi individui* » visto come è mutevole e come nella maggior parte dei casi occorre metterla in relazione con alterazioni transitorie del ricambio o a variazioni di stati di alcune entità morbose.

Per tali considerazioni la percentuale offre questi dati:

	Reaz. negat.	Reaz. posit.
1. Alcoolismo cronico	9	2
2. Cerebropatie ab infantia	11	4
3. Demenza prec. ebefrenica	10	4
» » catatonica	5	—
» » paranoica	10	7
4. Sindromi demenziali	3	1 (*)
5. Tabo paralisi	—	1 (*)
6. Sindromé preparalitica	1	1 (*)
7. » parkinsonsimile	—	1 (*)
8. Demenza involutiva	2	—
9. Psicosi tabetica	1	—
10. Corea cron. di Huntington	1	—
11. Paranoia originaria	1	—
12. Frenosi maniaco depres.	1	—
13. Frenosi epilettica	6	5
14. Cerebrosi ed epilessia	9	4
TOTALE	70	30

Conclusioni

1. Sui 36 casi di demenza schizofrenica, II casi han dato reperto positivo mentre 25 casi negativo.

2. La reazione Buscaino non sarebbe— secondo i risultati avuti --specifica della demenza precoce, della amenza, dell'encefalite epid. ecc. ma si riscontrerebbe in ogni stato confusionale o essa sia dovuta a demenza schizofrenica o a frenosi epilettica o a sindromi cerebropatiche ecc.

3. La R. B. sarebbe espressione di una turbata funzionalità

(*) Il colore di queste quattro reazioni si è presentato latte-caffè con zolle rosso-nerastre.

organica e forse coinciderebbe con turbe corticali: la prova è data se osserviamo la transitoria modificazione dei reperti durante gli accessi convulsivi, durante le fasi di eccitamento, di sitofobia, di stati confusionali ecc.

4. Senza dubbio la positività transitoria della R B. deve mettersi in rapporto con disfunzioni della vita vegetativa: abbiamo visto come nei disturbi gastro - enterici, negli stati diarroici, nelle ipertermie ecc. la R. muta per ritornare — a guarigione avvenuta — alla norma.

5. Stabilita la Reazione fondamentale dell'individuo le variazioni costituiscono un indice prezioso diagnostico.

6. Per giungere alla Reazione fondamentale occorre praticare svariatissime prove e controprove ed eseguire la ricerca accurata delle urine.

7. Nei normali e nei psicopazienti — aumentando il reattivo — la III reazione non raggiungerà mai il vero se la I era bianca, ma colori meno scuri (rosso - marrone, mattone - rosso, grigiastro ecc.).

Luglio del 1924

BIBLIOGRAFIA

1. **Pighini** — *Riv. Sperim. di Freniatria* — Vol. XXXV. 1909.
2. **Catola** — » » »
3. **Weigandt** — *Atlante e Man. di Psichiatria* — Milano 1908.
4. **Roncoroni** — *Introd. alla Clinica delle malattie nerv. e ment.* — Unione Tip. Tor. 1910.
5. **Tanzi e Lugaro** — *Malattie Ment.* — Soc. Libr. Milano 1923. 3. ed.
6. **Pellegrini** — *Rivista Sperim. di Fren.* — 1897.
7. **Galante e Savini** — *Annuali di Neurologia* — 1899.
8. **Agostini** — *Rivista Sperim. di Freniatria* — 1896.
9. **Maragliano** — *Atti del IX. Congr. Med. Ital.* — Genova 1888.
10. **Mendel** — *Arch. f. Psich. med. Nervenk* — 1872.
11. **Lepine et Iacquin** — *Revue men. de Méd. et de Chirurg.* 1879.
12. **Rivano** — *Annali di Fren.* Vol. I.
13. **Cristiani** — *Arch. di Psich.* — Vol. X. 1889.
14. **Teéter** — *The Americ - Iournal Of. Insanity* — 1894.
15. **Voisin et Peron** — *Arch. de Neurol.* — 1892 - 93.
16. **Mairet** — *Recherches sur l'elimination etc.* — Paris 1884.
17. **Rivano** — *Ann. di Fren. e Scienze affini* — I. 1888.
18. **G. Guidi e V. Guerri** — *Ann. dell' Ist. Psichiatrico di Roma* — Vol. III. f. I. 1904.
19. **G. Kempner** — *Ueber die Anssch. von Aminostickstoff in Harne bei Kramfanf.* — Zeitschrift fur die gesamte Neurol und Psych. XI. 1912.
20. **D'Ormea e Maggiotto** — *Giornale di Psichiatria Clinica* — 1904. *Ricerche urologiche* — II. nota id. III. nota 1905 id. IV. nota id.
21. **Bleile** — *New York Medical Iournal* — 1897.
22. **Deny et Chouppe** — *C. R.* — Soc. Biolog. 1899.
23. **Féré** — *R. C.* — Soc. de Biologie 1892.
24. **Mirto** — *Atti R. Accad. di Scienze Mediche* — Palermo 1894.
25. **Dotto** — *Il Pisani* — 1895.
26. **Martinotti** — *Annali di Freniatria* — 1898.
27. **Bonfigli** — *Annali di Freniatria* — 1895.
28. **Sotgia** — *Annali di Freniatria* — 1901.
29. **Tonnini** — *Le epilessie in rapporto alla degenerazione* — Edizione Roma - Torino 1891.
30. **Dide et Chénais** — *Ann. Med. Psicholog.* — 1902.
31. **Brogia** — *Riforma medica* — 1892.
32. **Selmi** — *Archivio italiano per le malattie nervose ecc.* XVIII. 1881.
33. **Alberti** — *Giornale di Psichiatria — Clinica* 1905.
34. **Fornaca** — *Clinica medica italiana* — 1898.
35. **Voisin** — *C. R.* Soc. de Biol. 1892.

36. **Mairet et Bosc.** — *Ann, Med. Psich.* — 1892.
37. **Camurri** — *Rivista pellagrologica italiana* — Anno V· N.° 3 e seg.
38. **Messaut** — *Bull. de la Soc. de Méd. ment. du Belgique* — 1895.
39. **Slosse** — *Comptes. rendus. de la Soc. Roy de Scien. Medic. de Brux.* — Dic. 1891.
40. **Mairet** — *Rècherches sur l' Elimination ecc.* — Paris 1884.
41. **De Boeck et Slosse** — *Bull. de la Soc. de Méd. Ment. du Belgique* — 1891.
42. **Herter** — *New-Jorck Iournal* — 1894.
43. **Boldoni** — *Riv. Sper di Freniatria* — 1899.
44. **Andreetta** — *Tesi di Laurea* — Padova Luglio 1902.
45 **Lui** — *Riv. Sper. di Freniatria* — 1898.
46. **Rossi** -- *Annali di Freniatria* — 1894.
47. **Wiedermeister** — *Neurol. Centralblatt* — 1890.
48. **Bouchard** — *Leçon sur les auto-intoxications dans les maladies* — Paris 1887.
49. **Marro** — *Lavoro mentale e ricambio materiale* — Torino 1889.
50. **Pfeiffer** — *Zeitschrift für die gesamte Neurol und Psych. IX* — 1912.
51 **Albrecth** — *id*
52. **Stefani** — *Riv. Sper. di Freniatria* — Vol. XXXI 1900.
53. **Chavalier-Lavaure** — *Thèse de Bordeaux* — 1890.
54. **Weil-Debois** — *Semain Méd.* — 1891.
55. **Séglas** — *Arch. gen. de Méd.* — 1893.
56. **Buscaino** — *Lo Sperimentale* — Anno LXXVIII. N. 3 - 4 1924.
57. **Tanzi e Lugaro** — *Op. cit.*
58. **cfr** — *Società Medico-Chirurgica della Romagna* — Seduta 24 2 - 1924.
59. **cfr** — *Recensioni — Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* — Anno XLV. 17 1924.
60. **D' Arbela** — *Rivista Critica di Clinica Medica* — 1922 N. 29.
61. **Buscaino** — *Note e Riviste di Psichiatria* — 1923 1.
62. » — *Rivista di patologia nervosa e ment.* — 192..
63. » — *Rassegna di studii psichiatrici* — XIII. 3 - 4.
64. » — *Rivista di Patologia nervosa e mentale* — XXVIII 11 - 12.
65. » — *Giornale di Clinica Medica* — IV - X - XI.
66. » — *Rivista di Patologia nerv. e ment.* — XXVIII - 9 - 10.

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI AQUILA
Direttore Prof. F. DEL GRECO

CONTRIBUTO ALLA GASISTICA DELLA "PTOSI A BILANCIA" DIRETTA ED INVERSA E DELLA "PTOSI CONSENSUALE"

Dott. Alessandro Alessandrini
Medico di Sezione

Le peculiarità sintomatiche che, nei casi da me osservati, pongono, per così dire, in contatto tre quadri sintomatologici generali, per se stessi varii, furono descritti alcuni anni or sono in Italia, dal Pacetti, e dal Giannelli.

Il reperto rilevato dal Pacetti, per vero dire, già nel 1895, era stato contemplato nella sua Thèse de Paris, dal Mellovianna, che lo battezzò, allora, con il nome di *Ptose a basculle*, ma fu il Pacetti il primo a sollevare intorno ad esso fervore di ipotesi e tentativi di individualizzazione anatomo - fisio - patologica, che si operarono principalmente nella scuola romana, per opera, specialmente di Mingazzini, Panegrossi, Artom.

Il reperto rilevato dal Giannelli, ha conservato, che io mi sappia, il nome da lui assegnatogli di « Ptosi Consensuale ».

Il primo di essi consiste nel fatto che in presenza di ptosi palpebrali unilaterali associate sempre ad altri deficit della musco-

latura estrinseca dell'occhio, se si faceva dal malato chiudere con la mano l'occhio sano, o abbassandone forzatamente la palpebra superiore, la palpebra paralitica o paretica si sollevava e lasciava il bulbo allo scoperto in porzione più o meno rilevante, per ricadere poi non appena la palpebra sana, lasciata libera, fosse tornata a sollevarsi. Più importante ancora è, come vedremo, il fatto che il fenomeno si produceva egualmente quando l'osservatore direttamente obcludeva l'occhio sano del paziente, apponendovi sopra la mano.

Il secondo di essi, consiste nel fatto che, analogamente in presenza di ptosi unilaterale, incompleta questa volta, abbassando passivamente la palpebra superiore paretica fino a completarne la caduta, anche la palpebra non paretica, veniva ad abbassarsi parzialmente o totalmente. Tale fatto il Giannelli riscontrò in due casi in cui coesisteva amaurosi nell'occhio oftalmoplegico.

Il fatto che in uno dei casi e precisamente il III. si siano riscontrate successivamente e la Ptosi a bilancia e la Ptosi Consensuale, fa si che io esponga in questa breve nota casistica tutti e tre i casi osservati, rispettando l'ordine cronologico della loro osservazione, e limitando il riferimento dell'esame obiettivo al solo esame neurologico e questo anch'esso riassunto per amore di brevità.

Osservazione I. (1)

(Sched. 9270) De S. Ersilia: anni 45, casalinga, coniugata: 4 gravidanze a termine con figli tuttora viventi e sani: 4 aborti. Contagiata di lues all'epoca delle nozze, vent'anni addietro: R. W: + + +, praticata anni addietro. Vino L I pro die.

Le mestruazioni si sono fatte irregolari.

(1) Questa Osservazione e le seguenti (II.) furono fatte nell'Ambulatorio per le Malattie Nervose e Mentali della Congregazione di Carità di Roma, diretto dai Prof. Mingazzini e Giannelli.

Sempre, a sua detta, eccitabile e sofferente di dolori vaghi, soffre da uno o due anni di dolor di capo, più forte al mattino con vomito: nè fosfeni, nè acusmi; l'accesso cefalalgico è indipendente dai periodi mestruali.

13 - 10 - 19 — Da un mese e mezzo è sopraggiunta diplopia transitoria.

La P. accusa da detta epoca anche un senso di barcollamento ad occhi aperti, mentre ad occhi chiusi sta meglio. Si accompagna senso di stanchezza; non vi sono disturbi sfinterari. L'occhio S. è accusato dalla malata di fornire una visione incerta che migliora di molto se la malata chiude volontariamente la palpebra di S.

L'esame dell'oculomozione dà paresi del muscolo rectus exterior a S. : il bulbo oculare non oltrepassa la linea mediana nella visione di lateralità.

Lieve anisocoria S. > D. . Iride D. quasi immobile alla luce: iride S. reagente alla luce e all'accomodazione.

Nel restante dell'E. O. non si riscontra di notevole che una lieve deficienza del VII di S. e dei movimenti irregolari a tipo coreico nell'arto superiore di D.

26 - 1 - 20 — Sono sopravvenute crisi moleste di sensazione di solletico, di « tinticarello », per dirla con la P. , alla gola, con tosse stizzosa e conati di vomito: tali crisi hanno la durata di 20' circa.

E' sopravvenuta pure, fors'anche perchè richiamata sul fatto l'attenzione della P. , difficoltà nel trattenere le urine.

Si prosegue cura mercuriale.

23 - 8 - 20 — R. W. + + + (Labor. Munic: d' Igiene — Giugno 1920).

I disturbi mestruali accusati il primo giorno risultano oggi come disturbi premunitori della menopausa, ora pienamente stabilitasi.

La P. accusa senso di vampa al viso cui spesso si associa al mattino la cefalalgia consueta.

Le crisi laringee sono migliorate.

E. O. invariato, con in più dolorosa ovunque la pressione sui tronchi nervosi e segno di Abadie positivo.

Da un quindici giorni si è manifestata ptosi palpebrale, questa volta

a D. senza disturbo della visione che solo resta un poco annebbiata. Se si tenta sollevare la palpebra accusa conati di vomito.

23 - 3 - 21 — Migliorata dapprima in seguito alla cura mercuriale, dal principio dell'anno è nuovamente sofferente: accusa senso di fastidio al globo oculare D. talora diplopia: più spesso oscuramento ed incertezza della visione, che scompaiono obcludendo uno dei due occhi. Permane la difficoltà di trattenere le urine: spesso anche la P. soffre di accessi di tosse senza espettorazione. Sono comparsi dolori lancinanti agli aa. inferiori.

All'esame dell'aspetto esterno degli occhi si ha: occhio D. : palpebra superiore abbassata per 2/3 , bulbo un poco ruotato in fuori ed in basso (paresi del muscolo retto superiore). Occhio S. : palpebra superiore in posizione regolare, bulbo nettattamente ruotato in dentro (paresi del muscolo retto esterno). Nei movimenti monoculari l'O. D. non ruota completamente in dentro (paresi del muscolo retto interno), nè, in dentro e in alto (paresi del muscolo retto superiore). L'O. S. non ruota completamente all'esterno (paresi del muscolo retto esterno) e in alto all'esterno (paresi del muscolo obliquo inferiore).

Nella visione binoculare guardando in alto e medialmente il bulbo oculare D. non ruota completamente in alto ed insorge diplopia: immagine vera, netta e diritta nel mezzo; al disotto, inclinata da D. a S., l' immagine falsa.

Guardando lateralmente verso S. , insorge malessere, senso di vertigine, l'occhio sinistro si chiude, la P. non vede bene, vede confuso, « non fa a tempo — dichiara — a vedere doppio ».

Invitando la P. a guardare lontano, e coprendo con la mano l'occhio S. , la palpebra superiore di D. si solleva ed il bulbo oculare D. si porta nel mezzo e rimane così finchè rimane coperto l'occhio S.

Scoprendo poscia quest'occhio rimane tutto immobile per pochi istanti, poi la P. ammicca 3 - 4 volte e tutto ritorna allo stato quo ante.

Saggiato il tono dell'orbicolare, lo si rileva maggiore a S.

Torna a farsi vedere nel Gennaio, Aprile, Maggio, Giugno, Agosto, Ottobre 1921: viene riscontrato su per giù il medesimo quadro.

Il 29 - 11 - 1921 si ripresenta un poco migliorata: sono cessati i dolori di capo, persistono però particolarmente intense le crisi laringee.

La visione binoculare la turba, perchè non vede bene netto e vede invece bene con un solo occhio.

Il sopracciglio S. è più alto del D.

La rima palpebrale D. è più ampia di quella S. Il bulbo oculare D. é un poco ruotato in basso ed all'esterno.

Nella visione binoculare verso D. accenna a diplopia non costante: il bulbo oculare S. presenta in tale posizione rapide oscillazioni nistagmiformi orizzontali inconstanti.

Persiste ancora il fenomeno della Ptosi a bilancia sebbene di molto ridotto: coprendo infatti, con la mano, l'O. S., o, abbassandone passivamente la palpebra, con la mano, la palpebra superiore di D. normalmente ptosica a metà tende a sollevarsi.

Vi è ancora l'anisocoria e persiste il fenomeno di Argyll Robertson.

Niun disturbo mai della motilità attiva e passiva del capo, tronco, arti: non disturbi dell'andatura, nè dell'equilibrio.

Lesi sono taluni riflessi: i rotulei deboli bilateralmente: l'Achilleo S. più vivace del D.: gli altri normali ed eguali bilateralmente.

Il restante dell'esame somatico riuscì negativo.

L'esame delle urine nulla rivelò di anormale.

Fu fatta in primo tempo diagosi di meningite basilare luetica, che si completò in secondo tempo in quella di Tabes. La P. frequentava ancora il nostro ambulatorio nel secondo semestre del, 22, quando io la perdei di vista: credo lo frequenti ancora.

Osservazione II.

(Sched. 9448). Vittoria G. , contadina, da Poli.

1 Marzo 1920 — Nulla degno di nota ci viene rivelato dall'anamnesi famigliare e dagli antecedenti personali della G. : nega di essere stata contagiata ed il marito, a sua volta, nega di aver mai contratto lues. Ebbe due gravidanze con parto a termine, non ha mai abortito. Beve vino, mezzo litro pro die.

Nella notte dal 31 Dicembre 1919 al 1. Gennaio 1920, presentò improvvisamente febbre alta, stato di agitazione psicomotoria, traducentesi più che altro in logorrea e verbigerazione. A tale stato che durò

48 ore circa seguì uno stato di sonnolenza, che durò fin quasi ad oggi e che va ora dileguandosi.

Sin dall' inizio della malattia presentò fatti paretici specie a carico dell'O. D.; nei brevi intervalli di risveglio ha talora accusato diplopia.

L'E. O. ripetuto ognuna delle tre volte che si è presentata all'ambulatorio (1 - 3 - 8 Marzo 1920) mette in evidenza:

Scolo di saliva dalla bocca semiaperta.

Tremore diffuso nell'arto superiore di S. allo stato di riposo cui si accompagnano mioclonie a volta a volta di singoli muscoli e di gruppi muscolari.

Per la motilità si riscontra a S. deficienza del n. facialis inferior, e facile esaurimento nei movimenti, peraltro già lenti e torpidi degli aa. superiore ed inferiore, con notevole resistenza ai movimenti passivi.

Nella posizione di Romberg barcollamento dall'avanti all' indietro. Accenno all'antero ed alla lateropulsione.

Riflessi tendinei superiori normali ed eguali: rotuleo ed achilleo S. > D. Con l'esperimento di Babinski si ha a S.: alluce dorsale con ventaglio: lo stesso risultato si ottiene anche con l'espediente di Oppenheim. L' iride di D. è rigida alla luce, ed all'accomodazione, mentre quella di S. è mobile e reagente alla luce ed all'accomodazione in modo normale.

Niun disturbo della sensibilità tattile e termica; ed anche le sensibilità profonde sono integre: quanto alla dolorifica, è molesta la pressione sui tronchi nervosi e ovunque dolorosa la craniopercussione.

Per quanto riguarda l'apparato visivo la rima palpebrale di D. è assai meno ampia di quella di S. la palpebra superiore essendo abbassata a ricoprire per quasi $^2|_3$ il bulbo oculare che è ruotato esternamente ed in basso allo stato di riposo, mentre nei movimenti attivi sia nella visione monoculare, che binoculare, oltrepassa di poco la linea mediana, rendendo più che altro manifesta una paresi dei mm. retto interno e retto superiore.

Sollevando passivamente la palpebra superiore di D., quella di S. subito si abbassa fino a chiudere l'occhio, mentre il bulbo oculare di D. a sua volta, dalla posizione in esterrno ed in basso, viene portato nel meridiano centrale.

Coprendo invece con la mano l'occhio sinistro, che allo stato di riposo è il solo aperto, la palpebra D. si solleva attivamente ed il bulbo oculare anche in questo caso, riprende la posizione normale.

Vi è anisocoria; la pupilla D. è più ampia della sinistra.

Il comportamento delle iridi venne sopra descritto.

Poichè è rauca ed afona, viene inviata all'ambulatorio laringoiatrico di S. Giacomo, ove l'esame laringoscopico mette in evidenza una paresi dei mm. aritnoidei di S. .

L'esame oftalmoscopico eseguito anch'esso nell'ambulatorio oculistico di S. Giacomo nulla rileva.

L'esame somatico nulla aggiunge. Esame dell'urina negativo.

Si fece diagnosi di meningite cerebrospinale epidemica in fase subacuta.

Della G., tornata al suo paese non fu più possibile avere notizie.

Osservazione III.

Sch. 1492) — C. Giuseppina — anni 41 — casalinga, coniugata.

Mestruata a 13 anni regolarmente: nega contagio sessuale che viene escluso anche dal marito; non aborti: una sola gravidanza con parto distocico cui seguì setticemia puerperale. che residuò salpingo ovarite con amenorrea.

Durante il processo setticemico si è manifestato il disturbo a carico dell'OS. portandosi tale bulbo oculare nell'attuale posizione di strabismo. Beve poco vino, non abusa di nervini.

A 18 anni in seguito ad emozioni ebbe crisi convulsive con perdita di coscienza e di urina; tali crisi scomparvero presto senza essere sostituite da apprezzabili equivalenti.

Quattro anni fa la C. accusò improvvisamente debolezza generale, sembrandole quasi di morire: seguì un periodo di allucinazioni visive, ed uditive, a tipo prevalentemente zoopsico e persecutorio (vedeva gente che voleva portarle via le coperte e le lenzuola da letto) guarì almeno apparentemente in breve tempo.

Da un mese i disturbi mentali si sono ripresentati. La C. vede oggetti

d'oro. ha parosmie, sente gente che la insulta ecc. È insonne, quando dorme, ciò avviene principalmente di giorno.

L' E. Neurologico ripetuto il 7, ed il 14 Aprile 1920 fa rilevare, escluso il campo del III, di cui appresso, deficiente il VII inferiore di D., lingua deviata a S. tremori nella lingua protrusa. La motilità attiva e passiva del collo, tronco, arti tutto normale. Non oscillazioni nella prova di Romberg, non disturbi dell' andatura. Disartria nella pronunzia di alcune parole di prova.

Riflessi cutanei, tendinei, periostei presenti, ovunque e bilateralmente eguali.

Sensibilità superficiale e profonda tutta normale. Nella ricerca del sintoma di Abadie la C. nega dolore, ma esistono le manifestazioni fisiche del dolore.

Nel campo del III paio si rileva: ptosi palpebrale a S. ma non completa: bulbo oculare di S. ruotato all'esterno ed in alto (paresi dei mm. retto interno e retto inferiore).

Abbassando passivamente e completamente la palpebra superiore di S., la palpebra superiore di D. si abbassa spontaneameute e rimane abbassata: invitata la C. a sollevare questa attivamente, vi riesce con difficoltà ed in grado limitato, e subito dopo la palpebra ricade coprendo il bulbo oculare.

Tenendo invece passivamente abbassata la palpebra superiore D., la palpebra superiore di S., si abbassa completamente.

Se si procede ora dopo avere per un poco fatto riposare l' inferma, a sollevare passivamente la palpebra superiore di S. normalmente ptosica, la palpebra superiore di D. si abbassa immediatamente e rimane costantemente abbassata, finchè non si abbandoni la palpebra di S., mentre il bulbo oculare di S. tende a portarsi nella linea dell'asse visuale.

Lasciata libera, la palpebra superiore S. ritorna nella posizione abituale, cioè si abbassa, mentre quella di D. si risolleva ed il bulbo oculare di S. torna a portarsi verso l'esterno ed in alto.

L'esame dell'oculomozione monoculare dà: a S. tenendo sollevata la palpebra superiore, il bulbo oculare ruota non oltre il meridiano verticale verso l' interno e verso il basso (paralisi del m. rectus internus e del m. rectus inferior): meglio ruota, sebbene non completamente, verso

l'esterno e verso l'alto (paresi del m. rectus exterior e del N. obliquus inferior).

A D. tutti i movimenti del bulbo oculare si compiono senza però raggiungere il limite estremo: sono sovratutto limitati quelli verso l'esterno e verso l'alto.

Nella visione binoculare la escursione dei bulbi nei varii meridiani rimane invariata come per l'esame monoculare.

Vi è anisocoria: la pupilla S. è di maggiore ampiezza che la D. Le iridi reagiscono poco all'accomodazione e sono assolutamente rigide alla luce.

Il restante dell'esame somatico fu negativo.

RW nel sangue negativa.

L'esame delle urine nulla rivelò di anormale.

Poiché per quanto riguarda le sue condizioni psichiche, di cui qui si tralascia l'esamé completo — la C. avea un contegno puerile, scarsa l'attenzione conativa, confusa la percezione, era disordinata nelle azioni e nelle idee, pur non presentando idee deliranti, aveva scarsa la memoria, buoni i sentimenti, si fece diagnosi di forma ciclotimica con postumi di meningo encefalite setticemica.

∴

Analizzando dunque i nostri casi si può anzitutto constatare che, per quanto riguarda la ptosi a bilancia i tre casi presentano presso a poco lo stesso andamento del fenomeno: le divergenze cominciano quando si passi a considerare il corteo sintomatico che accompagna il nostro fatto obiettivo.

Il primo caso, quello della meningite basilare uetica + tabes, può riassumersi così:

I° tempo. paresi del M. rectus exsternus di S.
movimenti coreici dell'arto superiore di D.
lieve deficienza del VII di S.
II° tempo: a D. ptosi palpebrale

paresi del M. rectus superior e rectus internus con strabismus divergens, deorsum vergens
diplopia
rigidità pupillare.

A S. paresi dei MM rectus externus et obliquus inferior con strabismus convergens, deorsum vergens.

Esiste per tanto una lesione dell'oculomotore di destra, per quanto riguarda il m. levator palpebrae; ed i mm. rectus internus e superior e sphincter pupillae, una lesione dell'abducens di S., per ciò che riguarda il m. obliquus minor, oltre ad una lesione del facialis di S. Come sintoma di irritazione delle vie motrici possono essere interpetrati i movimenti coreici osservati una sola volta nell'arto superiore di D.

Il secondo caso, quello della encefalite letargica epidemica può, a sua volta, così riassumersi:

A D. ptosi pelpebrale
paresi dei mm. rectus internus et superior, con strabimus divergens et deorsum vergens
A S. deficienza del VII
tremori e mioclonie degli aa. inferiore e superiore
riflesso rotuleo più vivace
alluce dorsale con ventaglio (riflesso di B a b i n s k i)

Vi è in questo caso anche ptosi a bilancia inversa, non ancora constatata nella letteratura, in quanto gli osservatori si sono fin qui limitati ad osservare che succedesse coprendo l'occhio sano.

Anche qui. come nel caso precedente, il fenomeno non accade isolato, ma in uno con movimenti del bulbo oculare tendente al suo ritorno in sede normale; invece la ptosi a bilancia si ha anche qui sollevando la palpebra ptosica: è ciò che io chiamo impropriamente fenomeno inverso.

Volendo specificare una diagnosi di sede ci sembrò di poterci soffermare con maggiore probabilità sulla presunzione di una lesio-

ne peduncolare, anzi per l'avversarsi della controversa sindrome di Benedikt, di una lesione della calotta del peduncolo.

Il terzo caso ci dette:

A S. ptosi palpebrale con paresi dei mm. rectus internus et inferior con strabismus divergens et sursum vergens

+ paresi lieve del M. rectus exterior (abducens) e del M. obliquus inferior

Anisocoria

Sintoma di Argyll-Robertson.

A D. VII. inferiore deficiente

lingua deviata a S.

tremori

Anche qui vi è dunque accenno alla sindrome di Weber, però non completamente realizzata.

Anche in questo caso si ha la inversibilità del fenomeno della ptosi a bilancia.

∴

Varia è stata la interpetrazione data di volta in volta dagli osservatori susseguentisi al significato e all' intimo meccanismo patogenetico della ptosi a bilancia.

Wilbrand e Sänger ebbero occasione di interpetrare il fenomeno come dovuto all' intervento di una più valida contrazione del frontale dal lato della palpebra ptosica.

Ma già nel 1896 Pacetti poteva escludere, come ci conferma Giannelli, che ebbe anch'egli occasione di osservare i casi descritti dal Pacetti, l' intervento del muscolo frontale nel fenomeno osservato e concludere di conseguenza per la presenza di fibre crociate che egli suppose far capo al nucleo dell'oculomotore dell'opposto lato, fibre che recassero alla palpebra ptosica una innervazione controlaterale sufficiente a determinarne la elevazione. Elevazione che non si avrebbe in modo permanente e abituale perchè la diplopia insorgente a causa della paresi di alcuni dei

muscoli oculari estrinseci inibirebbe l'espletarsi, il giungere, per così dire, di tale impulso al paretico levator palpebrae. Verrebbe così ad essere la ptosi palpebrale di questi casi una ptosi di soccorso, che scomparirebbe con lo scomparire della causa determinante: onde il nome di funzionale che il Pacetti dette a questa paresi.

Mingazzini trattando dei casi di Pacetti e della discussione seguitane con Panegrossi, nella sua classica *Anatomia clinica dei centri nervosi*, si manifesta dello stesso parere del Pacetti circa il fondamento anatomico della spiegazione dal Pacetti stesso fornita circa la controlateralità della innervazione della palpebra superiore. Spiegazione questa che riusciva tanto più accettabile dopo che gli studii di Dejerine avevano portato ad individuare il nucleo del levator palpebrae nella zona anteriore del complesso nucleare dell'oculomotorius (gruppo di Darkschewitz e gruppo antero-interno) ed a rilevarne l'emergenza di fibre destinate al levator palpebrae dell'opposto lato, che si incrocierebbero con quelle provenienti dal nucleo dall'opposto lato, onde l'incrociamento sarebbe solo parziale, ma vi sarebbe certamente.

Ove il Mingazzini e pochi anni dopo anche l'Artom in una osservazione fatta nello stesso ambulatorio, in un caso di meningite basilare luetica, non sono di accordo con il Pacetti è nella causa che determinerebbe il fenomeno. Non sarebbe esso il risultato della cessazione di un impulso che, come abbiamo detto, fluirebbe senza interruzione dal centro del levator palpebrae dall'opposto lato. Pensa Mingazzini che non si tratti qui di un adattamento per così dire difensivo che dilegui con il cessare del bisogno, ma di una reazione abnorme tutt'affatto momentanea suscitata dallo stimolo portato dalla mano dell'osservatore sulla palpebra sana con l'abbassarla, o con il coprire l'occhio sano: tale reazione si esplicherebbe con un più efficace intervento del centro del levator palpebrae (omolaterale), onde parte dello stimolo efferente prenderebbe

anche la via crociata e giungerebbe così alla palpebra paralizzata (controlaterale), riuscendo a sollevarla.

Esaminando i nostri casi sotto la luce di questa soluzione non ci riesce gran che facile spiegarci allo stesso modo i fenomeni concomitanti di tutti e tre i nostri casi e di un caso di Pacetti: nel secondo e nel terzo cioè la inversione del fenomeno della ptosi a bilancia — che per vero dire, solo in questi casi ricercammo e tralasciammo negli altri per pura omissione — nel terzo la coesistenza del fenomeno consensuale: in tutti, i movimenti del globo oculare.

Nella inversione del fenomeno, infatti, da non confondere, per durata e per non averlo mai osservato come reazione a identico stimolo in individui sani, con un eventuale riflesso palpebrale esplicantesi in forma diversa della consueta, occorrerebbe ammettere che, come l'abbassamento della palpebra sana o solo l'occlusione dell'occhio sano può determinare un più energico intervento del nucleo corrispondente, che valga a sollevare per la via crociata la palpebra ptosica, anche il sostituirsi al muscolo paretico con l'elevamento artificioso di quella dovrebbe trasmettere un eccitamento al proprio nucleo presumibilmente leso, che valga a determinare in senso centrifugo per la via crociata anch'essa probabilmente lesa, l'abbassamento della palpebra sana. Ovvero per la via crociata sana in senso centripeto, dovrebbe dalla palpebra ptosica sollevata artificialmente giungere al nucleo controlaterale sano del levator palpebrae uno stimolo inibitorio che produca indirettamente la caduta della palpebra, per intervento del tono muscolare cui sembra normalmente affidata la caduta della palpebra superiore.

La concomitanza della ptosi consensuale pone d'altra parte il quesito di quali siano le ragioni per cui lo stesso stimolo che, negli altri casi ed in questo, portato sulla palpebra sana produce l'elevamento della palpebra ptosica, produca in questo caso l'abbassamento completo di essa, mentre di per se la sinergia fisiologica basta a spiegare il fatto.

Per ultimo non sembra che lo stesso maggiore eccitamento del centro del levator palpebrae possa produrre i movimenti dell'occhio che, ove in modo completo, ove incompleto, cercano ripristinare il bulbo nella sua primltiva e normale posizione a meno che non si ammetta una propagazione da nucleo a nucleo.

Questi fatti che rendono nei nostri casi più complesso il fenomeno della ptosi a bilancia, suscitano il dubbio che qualche altro meccanismo intervenga o nel centro stesso motorio all' infuori della sua funzione motrice o al di fuori del centro.

Il sollevamento della palpebra ptosica, la inversibilità del fenomeno, come la concomitanza del ripristino della functio laesa nei gruppi muscolari sinergici dell'occhio fanno pensare invece che v'entri per qualche cosa od in tutto la necessità di avere un solo apparato visivo in funzione; si può dubitare sia la diplopia fastidiosa a suscitare la ptosi palpebrale come un rimedio, ma vien fatto di dubitare altresì che il solo impulso sovrabbondante del centro del levator palpebrae possa da solo spiegare tanta complessività di fenomeni.

Per ora esorbiterebbe dall'indole del presente contributo statistico il tentare in tal senso un'analisi più minuta del fenomeno, delle sue correlazioni con i fatti che l'accompagnano, e del suo sostrato fisio-patologico: ma pur non potendo intravedere al momento la entità del suo significato semeiologico è da sperare che esso venga ulteriormente precisato.

Intanto sta il fatto che il fenomeno è meno raro di quanto si suppose e si svolge in maniera volta a volta, diversa: e ciò a mio parere andava segnalato all'attenzione degli osservatori.

BIBLIOGRAFIA

Mello Vianna — *Recerches clinique sur les Paralysies des muscles de l'oeie* — Thèse de Paris 1893.

Wilbrand und Sanger — *Die Neurologie des Auges. Erst Band.* — pag. 77 (Bergmann) 1900.

Pacetti — *Sulle paralisi funzionali dei muscoli oculari* — Il « Policlinico » Sez. Medica 1896 fasc. III.

Giannelli — *Sulla ptosi consensuale* — Il « Policlinico » Sez. Med. 1906.

Mingazzini — *Anatomia clinica dei centri nervosi* — II. Ed. U. T. T. Torino 1913.

G. Artom — *Sulla ptosi a Bilancia nella Meningite basilare luetica* — Il « Policlinico » Sez. Prat. 1914.

Manicomio Interprovinciale «Lorenzo Mandalari» di Messina.
Diretto dal Prof. Dott. Guglielmo Mondio

IL CINEMATOGRAFO

nell' Etiologia di malattie nervose e mentali sopratutto dell'età giovanile

pel Prof. Dott. GUGLIELMO MONDIO

> . . . . . fine dell'arte è rendere un'idea, non soltanto ritrarre la realtà: — l'arte vuole esprimere, per mezzo di forme sensibili, i pensieri, gli affetti, quel mondo che ai sensi si nasconde; — è il connubio della forma coll'idea.
>
> Cesare Cantù

> . . . . . uno dei principii fondamentali dell'educazione dev'essere che gli stimoli e i godimenti devono essere apprestati alle epoche opportune, in conformità colla ricettività propria dell'età. Solo per tal modo si combatterà la tendenza a diventar *blasés*, che è fra i maggiori nemici del benessere del sistema nervoso.
>
> Oppenheim (Neuropatie ed educazione — Milano 1907 p. 28

Non appena il Cinematografo, con la più grande rapidità, sorse e svilupposi, — e poi, vertiginosamente si diffuse per tutto il mondo; — di pari passo, quasi ed ovunque, si è elevato il grido di allarme per l'azione deleteria da esso esercitata, sopratutto sulla vita morale e psichica dell'umanità. Ciò non pertanto il Cinematografo resta ancora là, poco o nulla modificato nelle sue esclusive tendenze industriali; poco o nulla allontanato, di conseguenza, dallo esercitare la sua inesorabile azione spiccatamente demoralizzatrice:

la sua azione eminentemente perturbatrice della serenità morale, psichica e nervosa di tanti milioni di frequentatori, appartenenti, sopratutto, all'età giovanile.

Le disposizioni legislative, non che regolamentari, da recente emanate in tutti gli Stati europei ed in America sono veramente numerose, e tutte quante ammirevoli per saggezza di vedute, onde prevenire e reprimere i deleteri inconvenienti derivati dallo sviluppo dell'industria del Cinematografo. Ma è pur vero ancora che, dopo tante ricerche, dopo tante precauzioni, dopo tanti mezzi protettivi escogitati con intelligenza ed amore, sta di fatto poi che noi siamo tuttodì in presenza di tali risultati pratici, innanzi ai quali nen si può fare a meno di restare dolorosamente colpiti da sconforto e da meraviglia.

Una statistica, ricordata da Masini e Vidoni (1) del 1914, fa ascendere ad oltre 30.000 i Cinematografi di tutto il mondo; frequentati da un centinaio di milioni di spettatori per alcuni miliardi di volte nel giro di ogni anni; notando poi come soltanto in America, oltre 50 case editrici fabbricano e diffondono ogni anno 50.000 chilometri di pellicole: e come nella sola New-York, mezzo milione di scolaretti, sotto i 15 anni, assiste ogni giorno alle rappresentazioni.

Ció che fu scritto dieci anni fa, si può oggi, senza timore di errare, raddoppiare, per intendere facilmente quale enorme produzione, e quale enorme influenza non eserciti il Cinematografo su tutta quanta la vita psichica odierna dell'umanità.

Ma più che dell'umanità in genere, è dell'età giovanile che bisogna occuparsi e preoccuparsi.

Se i concetti scientifici, economici e pratici concordano tutti quanti a farci ritenere della massima importanza lo svolgimento di quella parte fondamentale dell'igiene sociale, che si riferisce

(1) M. U. Masini e G. Vidoni — Il Cinematografo nel campo delle malattie mentali e della criminalità — Torino 1915.

alla protezione, alla tutela, al miglioramento di quei fanciulli che saranno i cittadini, i lavoratori, i padri di famiglia di domani; non si concepisce poi, come oggi, proprio oggi, dopo il periodo bellico si parli di ricostruzione economica, politica e spirituale della Nazione e con slancio; e si cerchi di modificare, riformare, rinnovare le cose e gli ordinamenti e con passione; senza pensare menomamente alla ricostruzione del patrimonio umano: senza pensare all'elemento — *uomo.* — Il quale deve essere preso di mira nei suoi primi anni di vita, se la Nazione vuole che i suoi figli non manchino nè di salute fisica, nè di equilibrio psichico. L'una e l'altro che invano si vogliono cercare, ripeto, più tardi, quando le mentalità si sono già formate, ed i caratteri psichici definitivamente acquisiti.

Ora, — se il fanciullo che dobbiamo educare e far crescere fisicamente e psichicamente sano e forte, per potere ottenere realmente una collettività, un popolo, una Nazione migliore; — come mai si lascia, così impunemente e liberamente, dilagare la ormai indiscussa influenza malefica del Cinematografo, nel modo, si intende, come oggi va condotto, sopratutto sui fanciulli di giovanissima eta?

« La più meravigliosa, la più squisita fra le arti rappresentative che il genio umano abbia saputo creare (1)» l'arte meravigliosa che rappresenta la suprema esaltazione della potenza della figura sull'animo umano, la semplificazione più straordinaria dei mezzi di comunicazione di una notizia, di una idea, di una tesi, allo spirito, al cuore; il linguaggio universale che può essere parlato e compreso in ogni paese del mondo, di qualsiasi cultura, di qualsiasi razza, perchè è il linguaggio stesso delle cose ». (2)

« le plus énergique moyen de suggestion et de persuasion que

(1) Pietro Pesce - Maineri — I pericoli sociali del Cinematografo — Genova 1922.

(2) Bartolo Belotti — La questione del Cinematografo — Nuova Antologia. Agosto 1918.

l'humanité ait connu, un facteur de révolutions sociales, auquel nul autre ne saurait être comparé: son efficacité profonde dépasse celle de la poésie, de l'éloquence, de la musique ...... c'est la pensée qui entre tout droit par le yeux, c'est la tentatrice par exellence, l'assimilation par le moindre effort, la comprehension offerte aux cerveaux paresseux, la pénétration immediate et chaude alors que l'idée pure n'exerce su l'esprit des humbles qu'une action mediate et refroidie». (1)

Come mai, invece che essere indirizzato all'educazione, alla cultura, alla civiltà, al progresso, ecc. di tante mentalità in via di crescenza, lo si rende, piuttosto, come oggi è presentato al pubblico, come la più grande sorgente di corruzione, di depravazione, di degenerazione, del massimo danno della moralità pubblica, dei più grandi disturbi nervosi e mentali, sopratutto dei giovani?

Molti ed autorevoli scrittori si sono recentemente occupati a descrivere, con molta insistenza ed intelligenza, gl' innumerevoli e dannosi effetti del Cinematografo, sopratutto in rapporto alla patologia dello spirito(2). — Se in tutti i tempi, antichi e modermi, i più si sono domandati, e si è sempre cercato come ridurre gli stimoli sessuali agli adolescenti; — come gli stimoli i più deletori per quelle menti in via di sviluppo, senza ancora conoscere il Cinematografo; che pensare oggi, quando troviamo questa nuova e seducente espressione dell' ingegno umano, quest'arte rappresentativa che raccoglie in sè,non solo la più grande potenza suggestiva, ma ancora la più straordinaria efficacia di propaganda e di diffusione assai più che ogni altro comune spettacolo teatrale? ..... e

(1) Ed. Hearacourt.

(2) *Ferriani* «Il Cinematografo nelle scuole» *A. Sellimann* «Kine und Schule». *Anonimo* «Cinematografo e scuola» 1915. *Prezzolini E.* «Problemi del Cinematografo» 1913. *Hoven* «Influence du cinematographe sur l'étiologie des maladies mentales» 1914. *M. U. Masini e G. Vidoni* loc. cit. *Pietro Pesce Mainieri* loc. cit. ecc. ecc.

che tiene, senza alcun dubbio, il primato fra tutte le invenzioni odierne per gli effetti intensi e profondi che esso produce sulla vita psichica dello spettatore adolescente?

Il motivo sessuale è certo quello che attrae in modo quasi esclusivo la folla dei giovani, tanto nei teatri che nei Cinematografi. Con la differenza però, che al teatro si svolge un avvenimento mediante la parola, il dialogo, ed una infinità di circostanze ambientali ed usuali che rendono quasi sempre, agli spettatori tutti quanti, la intera produzione teatrale attraente, confortante e spesso istruttiva; laddove al Cinematografo si tratta quasi sempre di sintesi di scene oltremodo emozionanti espresse mediante l'azione ed il gesto soltanto, senza la parola, circondata, per di più, da un ambiente tutto proprio, che rende più vive, più evidenti, più rapide le sensazioni. Tutti gli altri sensi, si può dire, tacciono, per acuirne uno solo: la visione; la quale, sappiamo, come sia giustamente ritenuta, il mezzo più adatto per condurre ai centri le impressioni e gli stimoli sessuali . Si aggiunga a questo, il rapido meccanismo di invasione per tutti quei giovani così precocemente disposti alla sessualità; l'azione suggestiva prodotta dall'oscurità dell'ambiente, dalla promiscuità dei sessi, dalla musica che accompagna e colorisce la scena, e si avrà un' idea di quale aggravamento sono capaci, per l'eccitamento sessuale giovanile, gli spettacoli cinematografici; di quali alterazioni, quindi, sono essi spettacoli capaci di provocare nei centri nervosi di tanti adolescenti; ed ecco giustificato il perchè il Cinematografo abbia preso, in questi ultimi tempi, un posto ragguardevole tra le cause occasionali delle malattie nervose e mentali.(1)

---

(1) . . . «è infatti istruttivo rilevare, come il cinematografo abbia preso in questi ultimi tempi un posto non piccolo tra le causi occasionali delle malattie nervose e mentali» — «Noi abbiamo potuto riscontrare con relativa frequenza che dai parenti degli ammalati e dai malati stessi viene denunciata l'emozione cinematografica come causa della malattia; e più di una volta ormai abbiamo dovuto in caso di convulsioni di pavor nocturnus, nevrosi, nistagmo, ecc. trovar confermata anche alla nostra indagine la realtà di motivo denunciato; come pure abbiamo verificato che talora, scene impressionanti rimangono per molto tempo a sostenere alcuni stati di ansia e dar colorito ad allucinazioni ed a idee deliranti» — M. U. Masimi e G. Vidoni — loc. cit.

* * *

Ho assistito e raccolto, da dieci anni a questa parte, una infinità di casi; tra cui ne ho scelto oggi alquanti per esporli brevemente in questo contributo.

* * *

OSSERVAZIONE I.

Giugno 1914. — B. Francesco di anni 12 — Il padre è neurastenico ed arteriosclerotico; la madre diabetica e neuropatica.

E' stato per sua iniziativa che otto dei suoi colleghi di 1ª. Ginnasiale sono venuti nell'accordo di andare insieme al cinematografo il giovedì, il martedì e la domenica. — Dopo una certa insistenza, anche i genitori, meno disposti da principio, hanno poi ceduto e concesso.

Si formò così un nucleo di nove scolari, in quella sezione di 30 alunni di prima classe, che ben presto richiamò l'attenzione del loro maestro. — Si appartavano, difatti, facilmente fra di loro, per ripetersi le scene, gli episodî i drammi . . . . dell'ultimo spettacolo visto. Erano distratti quindi durante le lezioni, non facevano i compiti loro assegnati, e, quel che è più, incoraggiavano gli altri studenti ad essere attratti nella loro orbita cinematografica. Così avvenne che, dopo parecchie settimane, da nove erano diventati dodici, ed altri si preparavano ad entrare in quella nuova combriccola di futuri bocciati e, chi sa, di quali futuri soggetti depravati, quando avvenne una catastrofe che sciolse la comitiva, richiamando su i loro passi i dodici concessionarî di tanta inconsiderata e disatrosa licenza.

Avvenne che un giorno si presentarono tutti e dodici i nuovi dilettanti di cinematografo, al dispensario celtico universitario, perchè tutti e dodici erano stati affetti contemporaneamente da blenorragia, presa da pochi giorni in uno stesso posto, pagando pochi soldi ciascuno. Alla mia osservazione capitarono soltanto tre: due per corea minor, fra cui l' iniziatore Francesco: ed uno per pavor nocturnus. Indagando, tutti quanti erano da un pezzo masturbatori. L'età di tutti e dodici scolaretti era dai dieci ai dodici anni.

OSSERVAZIONE 2.

Luglio 1915. F. Concetta e Laura, di anni 14 l'una, e di 18 l'altra. Vivono assieme alla madre della pensione del padre morto per apoplessia cerebrale. Stentano la vita, ma vanno da parecchio tempo con assiduità al cinematografo. Sono di angustia e di angoscia continua alla madre che le vede gradatamente allontanate da sè e trasformate nella loro condotta.

Ogni sera vanno allo spettacolo cinematografico per molte ore. Rincasano tardi, accompagnate da amici. Vestono da qualche tempo in qua con più ricercatezza . . . . non hanno più bisogno dei pochi soldi che dava loro giornalmente la madre . . . . finchè una sera, durante lo stesso spettacolo cinematografico, sono arrestate per comportamento e linguaggio osceni, usati da entrambe in pubblico.

Uscite dal carcere ritornarono assidue allo stesso Cinematografo, ove erano state arrestate; per scomparire poi, definitivamente anche dalla casa materna, e seguire due giovani di mala vita, a causa dei quali, una sera erano state arrestate nello stesso cinematografo.

La maggiore delle sorelle venne alla mia osservazione nel 1915 perchè affetta da nevrosi istero - epilettica e da sifilide.

OSSERVAZIONE 3.

Ottobre 1916. — M. Carlo, di anni 15. — Il padre alcoolista, un fratello epilettico, una sorella frenastenica.

Andava a scuola e studiava con amore ed assiduità. Affettuoso con i suoi genitori e con i suoi fratelli e sorelle, era rispettoso con tutti. Oltremodo pudico poi, rifuggiva dalle donne e da ogni linguaggio che fosse appena poco corretto, anzi arrossiva facilmente ad ogni più piccolo accenno a fatti sessuali.

Nell'Aprile del 1916 aprendosi un nnovo Cinematografo con films le più attraenti e seducenti, tra la folla di scolari e scolaretti che invasero il nuovo ritrovo, non sfuggì il nostro Carlo. Il quale, trascinato dapprima dai suoi colleghi a malincuore, ben presto poi si appassiona, oltre misura, alla nuova distrazione tanto seducente.

Diviene, da lì a poco, negligente alla scuola, svogliato allo studio, ribelle ai suoi. Non sa e non vuole più allontanarsi dagli spettacoli cinematografici. Acquista un linguaggio impudico; si ritira tardi la sera, dorme male, per due volte, in 40 giorni, viene contagiato da blenorragia. È noto ora, fra i suoi compagni, per il più grande mansturbatore.

Uscendo, infine una notte, dal cinematografo, oltremodo eccitato, rientrando in casa, violenta la sorella frenastenica, ed entra, per tanto, poco dopo in carcere

Capita alla mia osservazione perchè nominato perito onde eseguire sullo stesso Carlo, una perizia psichiatrica.

Osservazione 4.

Agosto 1918. — F. Giuseppe di anni 15. — Il padre neurastenico e gottoso; la madre isterica; una sorella ricoverata al Manicomio.

Superati gli esami di licenza ginnasiale, gli fu concessa una maggiore libertá di distrazioni; ed egli va tutte le sere e per molte ore al Cinematografo. Da oggi in poi diviene sempre più distratto, irrequieto, impulsivo, finchè un mattino rimane a letto, senza accusare alcun male; ma invece oltremodo torpido, silenzioso, immobile.

Invitato a visitarlo l'ho trovato in stato confusionale allucinatorio. È incapace, non solo di alzarsi dal letto, ma incapace a qualsiasi attività psichica.

Abulico, quindi, indiffernte a quanto lo circonda, quasi fosse immerso in continuo sogno. É in preda ad allucinazioni visive ed a delirî erotici. Rifiuta con insistenza il cibo. Indagando, il soggetto in esame, oltre di essere da oltre due mesi un appassionato frequentatore di Cinematografo, è divenuto in pari tempo uno sfrenato mansturbatore. Da passare tutta la notte mansturbandosi non appena con la mente invasa ancora dalle emozioni cinematografiche, rincasava ed andava a letto .... per dormire. —

Osservazione 5.

Novembre 1919. — M. Annetta di anni 14. — Il padre neurastenico e bevitore; uno zio paterno alienato.

Il padre diviene custode di uno dei Cinematografi della città. Per tanto, questi, vive con la famiglia nello stesso isolato; assistendo, con la famiglia, a volontà, a tutti gli spettacoli che in esso giornalmente si danno.

Annetta, però, ha ancora, oltre la madre, una sorella a 16 anni ed un fratello a 13 anni. Tutti e quattro, prima di andare ad abitare nel nuovo ufficio del padre, erano: le due ragazze e la madre modestissime, riservate; educate e lavoratrici; il ragazzo studioso, casalingo, promettente. Ebbene ! . . . . non passa un anno che, tanto i tre germani, quanto la madre ormai fortemente appassionati tutti quanti ai gratuiti spettacoli, non si mostrano già notevolmente ed orribilmente cambiati nella loro vita famigliare e psichica. Non più studio, per il ragazzo, non più vita quieta, laboriosa, modesta per le donne. Tutti e quattro ora fanno all'amore; tutti e quattro vestono elegantemente e trascorrono quasi tutto il giorno ad assistere a spettacoli cinematografici. Sono aumentati gli amici e le amiche per l' intera famiglia. Questa, per di più, diviene un noto posto di vita allegra. La madre, difatti, dispensa favori e gareggia con le figlie per numerose amicizie. E mentre la sorella di 16 anni a traverso diversi amanti, riesce due volte a prendere la fuga, per ritornare, dopo poco tempo nuovamente alla casa paterna; la Annetta viene alla mia osservazione nel Novembre 1919, perchè da quattro giorni del tutto allucinata, disorientata, confusa, apatica e delirante. Era da un pezzo che i familiari notavano il carattere cambiato nella quattordicenne ragazza; perchè divenuta oltremodo distratta, silenziosa, insonne e sitofoba. Ma era stato inutile volerla allontanare dai soliti spettacoli. Finchè alla film ultima, così emozionante, così piena di scene ed episodî di amore oltremodo vibranti e seducenti . . . . la Annetta non squilibra addirittura con tutta la fenomenologia usuale in questi soggetti frequentatori di cinematografo.

Osservazione 6.

Luglio 1920. — L. Mario di anni 13. — Il padre alcoolista, la madre polisarcica, un fratello epilettico.

Gira tutto il giorno per la città, assieme al padre come venditore ambulante. Ruba al padre quanto gli basta per potere non mancare alla sera di andare al cinematografo. Ha anche degli amici coetanei che lo

accompagnano. Più di una sera è stato richiamato, durante lo spettacolo, dall'arma dei RR. Carabinieri presente, per la sua irrequietezza, clamorosità, indecenza di modi e di linguaggio. All'uscita dello spettacolo nella rotta presa da vero scapestrato, è sempre eccitatissimo; ribelle ai suoi genitori che vorrebbero arrestarlo — senza riuscirvi. Rincasa tardi la notte, qoalche volta dorme in carcere. Sempre insonne di notte, dormicchia spesso di giorno. Ama il vino, il fumo e la donna. Nel Luglio del 1920 entra nel Manicomio oltremodo allucin to, agitato disorientato e delirante. Le allucinazioni sono palesi, scene ed episodî cinematografici: i delirî del tutto erotici. Stando nell' istituto manicomiale si rivela per un gran mansturbatore.

Osservazione 7.

Settembre 1920. — C. Tilde di anni 20, sposata da due anni.

Il padre bevitore; uno zio paterno epilettico. Frequentando spesso il Cinematografo con delle amiche ebbe occasione di conoscere un giovanotto anch'esso assiduo di quel ritrovo. Il quale, capita non solo alla stessa ora, ma ancora vicino di sedia. Il flirt, la parola all'orecchio, lo stringersi la mano, il toccarsi . . . in quella semioscurità, non andarono a lungo sconosciuti alle amiche della Tilde.

La quale non si contenta, da lì a poco, per quel giovanotto, di essere soltanto la vicina del Cinema, ma vuol essere ancora fuori nel Cinema, l' amica del cuore e dei sensi. Il marito, intanto, notando una spiccata modifica nella condotta e in tutta la vita familiare della Tilde, indaga, ed ha la convinzione di essere tradito.

Avvenne così che una sera, il pubblico cinematografico ebbe, nell'uscire. la sorpresa ed il panico di assistere ad una rivolverata tirata dal marito tradito contro il rivale; proprio quando quest'ultimo usciva dal Cinematografo a fianco della moglie adultera.

Dopo 40 giorni di questo scandalo avvenuto in pubblico; mentre l'amante moriva all'ospedale ed il marito restava chiuso in càrcere, la Tilde entrava nel Manicomio con tutta la solita fenomenologia: allucinazioni visive, confusione mentale, delirî erotici. agitazione, sitofobia ed insonnia.

Osservazione 8.

Luglio 1921. — R. Maria, di anni 16. — Il padre morto per apoplessia cerebrale; la madre ed una sorella isteriche.

Morto il padre, lasciando la famiglia in discrete condizioni finanziarie; la madre e le due figlie, dalla campagna vicina vengono a stabilirsi in città.

Qui trovano numerose amiche con le quali ben presto divengono assidue frequentatrici del Cinematografo. Qualche volta vanno a teatro; altre volte a concerti di musica o di canto; altre volte a ricevimenti famigliari ecc. ma nessun ritrovo le diverte come lo spettacolo cinematografico. Difatti mentre dagli altri ritrovi escono quasi sempre stanche, annoiate e depresse; dal Cinema vengono fuori ilari, emozionate, appassionate e frequentemente eccitate: e poi sempre piene di speranze, di conforto e di amore. Alla muliebre comitiva si erano aggiunti un pò alla volta dei giovanotti, per modo che spesso dallo spettacolo si andava ora a passeggiare, ora a cenare, e sopratutto sempre a flirtare.

Dopo un anno circa che Maria, con le altre due donne si era stabilita in città, al pari delle altre, era divenuta irriconoscibile rispetto a quello che era prima di lasciare la campagna, e per il *decoltè* dei suoi vestiti e per il suo aspetto affascinante e sessuale, per i suoi istinti, abitudini e tendenze ultra sessuali. Non era ancora fidanzata ufficialmente, ma flirtava tutti i giorni al Cinematografo e fuori.

Quando venne alla mia osservazione nel luglio del 1921, trovai la Maria in stato catatonico, confusa, allucinata e delirante. In pari tempo era incinta da parecchi mesi, ed il seduttore era scomparso.

Risultò in seguito che il seduttore non era uno solo di quella comitiva, ma due o tre; e le sedotte erano state parecchie, compresa ancora, tra queste, la sorella della Maria. Ma il guaio maggiore era toccato allla Maria per più ragioni.

Osservazione 9.

Agosto 1922. — M. Letterio di anni 16. — Il padre alcoolista e sifilitico; la madre uricemica; una sorella isterica.

Da parecchio ha cominciato a frequentare con assiduità i diversi

Cinematografi della città. Per lui ora non c' è altro divertimento che assistere a tali spettacoli. Non parla di altro, non pensa ad altro che alle scene viste la sera o le sere precedenti. Spesso lo si vede, essendo impiegato in una officina meccanica, interrrompere, durante il giorno, il suo abituale lavoro e restare fermo in balla dei suoi pensieri; a volte sorridente, altre volte estatico, come sognante. Per modo che bisogna spesso richiamarlo ed invitarlo a riprendere il suo interrotto lavoro. Non basta; diviene sempre più distratto e svogliato in tutto; fuma continuamente, beve molto; è irritabile, è meno affettuoso e rispettoso con i proprii genitori.

Cade sotto la mia osservazione nell'agosto del 1922, dopo una settimana che era rimasto in casa in preda ad allucinazioni visive, delirii erotici, sitofobia, ed agitazioni psico - motoria.

Osservazione 10.

Settembre 1923. — P. Caterina di anni 15. — Il padre artritico ed arteriosclerotico; una zia materna idiota; due prozî materni affetti da corea di Huntington.

Per quanto oligoemica ed alquanto costituzionalmente debole, visse i suoi anni passati sempre discretamemte bene. Di costumi famigliari alquanto rigidi, non è andata che qualche volta a teatro e qualche altra volta a feste famigliari. È stato in questa estate soltanto che andò parecchie volte al Cinematografo.

La stessa Caterina racconta, con la massima chiarezza, che sin dalla prima volta e dopo essere stata parecchie ore, con piacere, innanzi allo schermo luminoso, rientrando in casa, a tarda ora la sera, avesse notato delle sensazioni di freddo alle dita delle quattro estremità, costrizione alla gola, palpitazione accentuata, voglia di piangere ed insonnia. Al mattino seguente migliorava, specialmente dalle sensazioni di freddo alle dita; ma restava un pò confusa, smemorata ed emotiva, con delle vaghe paure di dover cadere ammalata da un momento all'altro.

Ritornò al Cinematografo con la distanza di cinque o sei giorni, dal momento che tutta la famiglia trovava tanto godimeno in poche ore e con sì poca spesa.

Alla mia osservazione venne nel Settembre del 1923. Peggiorando sempre più, mano mano che seguitava a frequentare il Cinematografo, ai suoi disturbi nervosi, sopra cennati, si aggiunsero ora delle convulsioni quasi giornaliere.

Osservazione II.

Giugno 1924. — Ettore di anni 10 ed Alfredo P. di anni 12. — Sono due fratelli, studenti entrambi dei primi corsi del Ginnasio.

Il padre arteriosclerotico, artritico e specialmente neurastenico: la madre diabetica, uricemica e tendente alla polisarcia: tre zii paterni affetti da alcoolismo l'uno, da follìa morale il secondo, e da ebefrenia il terzo.

Da oltre un anno la madre non ha altro divertimento che andare tutte le sere quasi, al Cinematografo, conducendo, immancabilmente, seco i due studenti ginnasiali. Senza accorgersi del nervosismo spiccato che incoglie ben presto i due giovanetti, nè il modo rapido con cui esso si accentua ogni dì più. Non possono i due fratelli, difatti, stare un momento fermi, sopratutto a studiare; sono incorregibili, disobbediscono continuamente al padre e si ribellano alla madre. Oltre a ciò, si allontanano spessissimo e senza permesso, per lunghe ore del giorno, da casa; ripetono i corsi del ginnasio; sono sboccati e si intrattengono a parlare di fatti sessuali con la più grande disinvoltura e passione, suscitando, anzichè l'orrore, l'ammirazione paterna e materna per sì fatta precocità sessuale.

Mentre il padre, lavorando tutto il giorno, spesso sino a tarda ora, va qualche volta a raggiungere e riportare i famigliari dal Cinematografo; la madre seguita sempre con la più grande assiduità a frequentare gli spettacoli cinematografici assieme ai due figlioletti; ritenendolo il ritrovo, il più confortante, il solo che la ristori e la distragga. Ora però, quando, per la malattia od altro, la madre non vi può andare, i due fratelli vanno soli.

Sono stato chiamato a visitarli, perchè il più piccolo è dimagrato enormemente divenendo, da recente, coreico e sonnambulo; il più grande si è eccessivamente ingrassato soffrendo di incontinenza di urina e da *Pavor nocturnus;* entrambi poi, sono da un pezzo strenuissimi manstur-

batori. La madre infine, più volte, uscendo la sera dal Cinematografo, venne assalita da congestione cerebrale, restando ogni volta, per due o tre giorni, con cefalea, vertigini, prostrazione, abbagliamento della vista, impossibiltà a lasciare la posizione orizzontale.

Osservazione 12.

Agosto 1924. — R. Letteria di anni 17. — L'avo paterno morto per paralisi generale progressiva; la madre isterica ed uricemica; una sorellina di 12 anni, affetta da nervosismo accentuato e da precocità in tutto, specie negli stimoli sessuali.

Letteria, è da parecchi anni che frequenta con assiduità il Cinematografo, assieme alla sorellina e alla madre. Sin dai primi tempi di quella frequenza agli affascinanti spettacoli, e all'età ancora di 13 anni, la Letteria si fidanzò ad un giovanotto sedicenne, frequentatore anch'esso del Cinematografo. La fidanzata tredicenne, che all' inizio del suo nuovo passatempo cinematografico era florida, rosea, vivace, studiosa, spensierata e sana, un pò alla volta divenne depressa di umore, preoccupata e distratta. Trascura ora le sue ordinarie occupazioni, stenta a studiare; anzi le riesce ora, addirittura, penoso lo studio, ed ogni esercizio intellettivo manchevole. E' quasi sempre pallida, senza più l'antica gaiezza. Per tanto è costretta abbandonare lo studio e la scuola Per di più è ora sempre sofferente per cefalea e disturbi gastro - intestinali. A 17 anni ha ancora l'aspetto infantile dei suoi passati 13 anni, mentre la sua coscienza è tutta compresa e dominata, palesemente, da preoccupazioni sessuali.

Nell'agosto del c. anno, fui chiamato a visitarla perchè, in seguito all'assistere al Cinema, una sera la « Messalina », un'altra sera « Le donne viennesi »; nel rincasare, dopo avere assistito a quest'ultima Film, si era mostrata del tutto squilibrata, leggermente agitata, allucinata, delirante ed insonne. Al mattino seguente, alla mia prima visita essa era nuda e non voleva assolutamente vestirsi, perché nè Messalina, diceva, nè le donne viennesi, usano vestirsi, essendo essa, per un momento « Messalina, per un altro « una donna viennese ».

Le allucinazioni durarono per un pezzo; erano sempre scene cinema-

tografiche che essa vedeva, rimanendone spesso estatica e catatonica. A volte pigliava delle pose oscene; spessissimo pronunziava parole e detti che rivelavano i spiccati delirii erotici. Era poi persistente sitofoba ed insonne. Se qualche cosa si riusciva a farle ingerire doveva esserle data dal fidanzato, oggi ventenne, e con la promessa di condurla presto al cinematografo.

* *

Non vi è ormai più chi ne dubiti, essere il Cinematografo, nel modo come oggi va condotto, la sorgente la più vasta di gravissimi danni per la vita psichica dell'umanità in genere, e per la sessuale degli adolescenti in specie.

Neanche l' influenza del libro, ancora quando questo, come ai tempi più recenti si usa, è pieno di verismo e di lussuria, pieno di descrizioni le più lubriche, le più oscene, le più seducenti, le più affascinanti ed appassionanti, può competere, raggiungere, menomamente la potenza della tela cinematografica. « Ciò che entra per gli occhi, come spettacolo psichico, evidente, delineato, scrisse Corrado Ricci (1), agisce sull'animo molte volte più di ciò che vien letto, ossia di ciò che esige una fatica intellettuale per essere mentalmente travolto in rappresentazione ».

Da qui la indubbia, la perniciosa influenza sulla psiche giovanile dello schermo cinematografico. Da cui o per cui gli organi visivi di tanti spettatori, mentre ricevono con tanta rapidità e tanta evidenza infinite sensazioni ed emozioni, si acuiscono sempre più che assistono, così intensamente al di sopra degli altri sensi, da astrarre quegli spettatori completamente, commovendoli oltre misura e spingendo la loro immaginazione verso il fantastico e l' irreale.

E palpita quel pubblico, non mai così numeroso, non mai così diverso per età, per condizioni, per sesso, ecc. in quelle fugaci ore,

---

(1) Corrado Ricci.

esclusivamente per quelle immagini, che, con tanta seduzione, appaion loro in quell'unica onda vibrante di vita, che giunge loro dallo schermo luminoso (1).

Dall'altra parte, il pubblico del Cinematografo, come giustamente nota il Guadagnini: « non essendo sempre e tutto in grado di reagire e di riflettere sul valore etico - sociale della sensazione che lo colpisce, anzi essendo incapace spesso di riportarsi subito e senza che del male dell'azione rimanga traccia, alla normale comprensione del giusto e dell'onesto, di giungere cioè alla critica dell'azione che sullo scherma si rappresenta, ne rimane quasi sempre, soggiogato della violenta impressione (2) ».

Ora, se le scene cinematografiche producono sulla mente dell'adulto delle così forti impressioni, è facile immaginare quanto sarà violenta e più profonda l'emozione che esse destano nel vergine e tenero cuore del fanciullo. Il quale, giusto il concetto di Endalt Serra i Buisco: « riceve come realtà vera tutto ciò che la pellicola svolge innanzi ai suoi occhi attoniti, e non fa, nè è capace di fare distinzione tra la rappresentazione scenica ed i fatti della vita reale (3) ».

Ma ciò non basta: il problema ancora più scottante e pressante è quello che riguarda sopratutto la indubbia e deleterissima influenza

(1) E' sempre con un fremito di disgusto e pur con un senso di allarme cha io vedo platee fatte di giovinetti e di bambini intenti dinanzi a proiezioni di pellicole sotto ogni rapporto contro indicate per quelle animule acerbe. Là nella silenziosa oscurità della sala in cui il tenue ritmo musicale vellica le fantasiose immagini del sogno, dinanzi alla magìa dei quadri sui quali si acuisce il senso visivo e tutto il potere attentivo si concentra caldo di germogli ed avido di vibrazioni..... pulsa più intensamente il fervido cuore del fanciullo.... sulla esaltata intelligenza si obbiettivizzano i fantasmi dell' irreale, la emotività sessuale si desta, suggestive si affacciano le nuove nozioni del male.... Aldo Pesce Manieri — Procuratore del Re. — *Schermi cinematografici* — 1920.

(2) Guadagnini Giuseppe — *La censura degli spettacoli cinematografici* — Roma 1918.

(3) Endalt Serrea i Buisco — di Barcellona negli scritti intitolati: «*La maledizione del cinematografo* ».

degli spettacoli cinematografici sulla vita sessuale dei giovani (1).

Noi non ci occupiamo, in questo breve studio, del contributo considerevole apportato dal Cinematografo alla delinquenza minorile. Di ciò si sono occupati e da recente infiniti cultori, specie medico - legisti, di ogni paese (2). A noi interessa, pel momento, rilevare soltanto come il Cinematografo abbia preso in questi ultimi tempi una importanza straordinaria tra le cause occasionali delle malattie nervose e mentali. Giusto come noi, in dieci anni che prestiamo la nostra attenzione sugli infiniti pazienti capitatici nell'esercizio professionale, fra cui un piccol numero sarebbe rappresentato dai sopra registrati 12 casi, abbiamo continuamente riscontrato. (3)

Non solo: ma abbiamo ancora rilevato come nella maggior parte delle psicosi studiate, fossero così ripetuti dati sintomi, da indurci a chiamare simili psicosi, addirittura « *Psicosi da cinematografo* ». Difatti erano sempre delle allucinazioni sopratutto visive, in dipendenza di scene cinematografiche di già viste; erano sempre delle idee deliranti, sopratutto erotiche o fantastiche, a cui si accompagnavano degli stati ansiosi, delle lievi agitazioni psico - motorie; la tendenza alla fuga; ovvero degli stati ora catatonici ora

---

(1) « Un provvedimento che s' impone, sotto ogni punto di vista è la netta separazione dei sessi nelle sale cinematografiche. I processi per oltraggio al pudore commessi col favore dell'oscurità si moltiplicano ogni giorno. Il cinematografo è il terreno di cultura per lo sfogo di tutte le immoralità sessuali: esso costituisce una porta aperta anche per i normali agli eccitamenti sessuali: il cinematografo è ormai il *galeotto* moderno per una folla di gente che vi trova la causa occasionale per un cumulo di manifestazioni erotiche che non potrebbero avere altrimenti il loro sfogo. L'adulterio è certamente più frequente dopo l' istituzione delle sale cinematografiche ». M. U. Masini e G. Vidoni — loc. cit. pag. 5.

(2) *Helvig Aerztliche Sachevrst Zeit* — 1914. *Quaderni di Psichiatria* — 1915. De Barles — *La moral en la Salle, en le Cinematografo y en el Teatro* — 1914. — Semini — *Il suicidio in Svizzera* — Quaderni di Psichiatria — 1914. Marini N. U. — *Il fascino della Criminalità* — Torino 1907. A. Sacerdote — *Simulazione ecc.* — 1915.

(3) ..... « certo è che fra tutte le invenzioni odierne quella del cinematografo tiene la palma, per gli effetti intensi e profondi che esso produce nella vita psichica » M. U. Masini d G. Vidoni — loc. cit. p. a.

convulsionarii. Il tutto quasi sempre di breve durata e di prognosi fausta (1).

∴

Quando noi, però, ci fermiamo a studiare i pochi casi che raggiunsero la nostra attenzione, perchè lo spettacolo cinematografico, ha disturbato il loro sistema nervoso: ha squilibrato le loro menti poco solide per resistere a tanta affluenza di veementi impressioni, non v'ha dimenticata tutta la numeresa schiera di adolescenti di ambo i sessi, che non ha bensì squilibrato, che non ha ricorso allo specialista di malattie nervose e mentali, ma che rimane ciò non pertanto nervoso, corrotto, immorale, viziato in mille modi. Da giustificare la proposta di tanti studiosi dell'argomento onde allontanare senza eccezione, tutti gli adoloscenti dalla maggior parte degli spettacoli cinematografici (2). Ormai sarebbe tempo, del resto, di dare al Cinematografo quella dignità nuova che gli compete e gli è indispensabile per rientrare nei limiti di una saggia, oculata e normale funzione, vietandogli per tanto, e rigorosamente, ogni manifestazione contraria, e costituendolo in tutto, quale può e deve essere, un fattore di educazione, di cultura e di civiltà. E

(1) ..... « qualcuno ha detto che in certi casi, il cinematografo può provocare una psicosi con caratteri speciali » — « qualche cosa di speciale nei sintomi v'è di certo, come ad esempio, gli stati di ansia, il colorito delle idee deliranti, le turbe sensoriali che traggono, per così dire, materia dalle scene del cinematografo » M. U. Masini e G. Vidoni — loc. cit.

(2) ..... « rilevando il pericolo che rappresenta il Cinematografo per tutti gli adolescenti dal punto di vista sessuale, noi crediamo che sia ottima opera di prevenzione quella di allontanarli, senza ecccezione, di gran parte degli spettacoli cinematografici. Questo sarà pure un buon provvedimento profilattico per tutti quelli che hanno tendenze ereditarie od acquisite a turbe o malattie del sistema nervoso ». M. U. Masini e G. Vidoni — loc. cit. ..... « Propongo che l'età fino alla quale debba essere interdetto al minorenne il libero ingresso al cinematografo, sia quella dei diciotto anni, in considerazione della immaturità del suo senso critico e della linea ancora imperfetta del carattere ». Pietro Pesce Manieri — loc. cit. pag. 44.

poichè le maggiori cure educative debbono sempre volgersi, sopratutto, all'infanzia, come a quella che più di ogni altro ha bisogno di assistenza e di tutela; ne viene di conseguenza che la protezione dei minori di età deve essere anche rispetto al Cinematografo salvaguardata e preferita sopratutti, anche quando questa preferenza scontenti le voglie degli adulti.

.·.

Ritornando ora alle nostre 12 osservazioni, sopra notate, rileviamo anzitutto come essi siano tutti quanti tarati in modo assai spiccato, per fatti nervosi e mentali riscontrati nei loro ascendenti e collaterali. Per modo che troviamo, come assai opportunamente è stato detto, essere gli spettacoli cinematografici oltremisura nocivi a tutti, ma in special modo deleterii «agli adolescenti; il cui sistema nervoso, per fatti ereditari ed acquisiti, è poco resistente. Da cui l'opportunità poi, come provvedimento profilattico, di inibire ed allontanare tutti gli adolescenti, senza distinzione di sorta, dallo schermo luminoso. Lo ripetiamo: l'oscurità dell'ambiente, la promiscuità dei sessi, la musica che accompagna e vivifica lo svolgimento della scena, i soggetti tutti fantastici, affascinanti, emozionanti, le scene tutte quante vibranti di lussurie e di amore; tutte piene di passioni malsane ed indecenti; di azioni le più turpi e criminose; di oltraggi al pudore i più sfacciati, in una parola, di quanto di più basso, di più vile, di più immorale presenta la vita dell'uomo anormale o degenerato; con la rapidità della pellicola che si svolge e conquista, appassiona e soggioga quella massa di spettatori, specie giovanili, è tale uno spettacolo artificioso eccitante e travolgente..... è tale uno stato abnorme di tensione che si suscita nella vita psichica specie giovanile, da potersi benissimo aggiungere a quanto è stato detto e scritto in proposito; che se «di giovanetti che hanno rubato e truffato per procurarsi l'ingresso al Cinematografo sono senza numero; se incalcolabile è il numero di

coloro per i quali il Cinematografo è stato scuola di delitto, di ignominia e di perdizione» non meno infinito ed incalcolabile è il numero di adolescenti che a causa dello *schermo luminoso* **sono** caduti nel *nervosismo*, nella *neuropatia*, nella *pazzia*.

.·.

Mentre i sintomi nervosi, il nervosismo e le neuropatie, sono infinite, come ora abbiamo detto, e spesso sfuggono all'osservazione dello specialista; i fatti psichici, le psicopatie, sono quelle che attirano maggiormente e più facilmente l'attenzione dello psichiatra.

La fenomenologia di siffatte *psicosi da cinematografo*, difatti, si manifesta, quasi sempre, così acutamente e con tanta imponenza e varietà di sintomi, che raramente sfugge all'osservazione medica.

Ordinariamente aprono la scena numerosi ed intensi disturbi sensoriali, i quali rappresentano non solo il fenomeno predominante, ma ancora il disturbo primitivo e fondamentale, dal momento che il quadro clinico si è originato proprio con la loro insorgenza. Sono esse allucinazioni sopratutto visive, costituite quasi sempre di scene animate, già viste sullo schermo cinematografico. Sono scene luminose che il paziente vede muoversi innanzi e in diverse direzioni, ora mobili ora fisse, che gli appaiono ora sulle finestre, ora sulle porte, ora agli angoli della camera, ora sul letto, ecc. Di rado sono visioni ossessive, il più spesso sono visioni oscene. Alle volte sono sempre le medesime scene che si ripetono di continuo (allucinazione visiva, stereotipata): altre volte, invece, sono variabili o cangianti.

Seguono poi, le idee deliranti, le quali, per quanto a contenuto prevalentemente erotico, ed a volte fantastico, sono poi variabilissime e labilissime.

Si aggiungano infine: la *confusione mentale* leggiera; le *alterazioni della condotta e del contegno*; uno *stato ansioso* o di *agitazione*; e delle tendenze impulsive.

L'esito è sempre favorevole. La durata è variabile, a seconda la costituzione nervosa del paziente, oscillando tra i 15 ai 45 giorni.

* * *

Il fatto, però, assai più importante e preoccupante che in tutti i giovanetti, dei nostri casi sopra esposti, è stato spiccatamente, costantemente e facilmente notato (oss. 1ª - 3ª - 4ª - 6ª - 9ª - 11ª) è stato quello della mansturbazione. Da potere, senza alcun dubbio, ritenere che ogni ragazzetto che frequenta per poco il Cinematografo, immancabilmente, diviene un mansturbatore. Ed allora non fa bisogno di andare oltre nella ricerca dei danni enormi che il Cinomatografo arreca alle «*animelle acerbe*» che lo frequentano. Bastando l'aver provocato ed affrettato l'insorgenza di una siffatta abitudine nell'adolescente, per essere più che sicuri della decadenza nervosa e mentale di quest'ultimo (1).

E quando Oppenheim nel 1907, dopo aver notato come i danni prodotti dalla mansturbazione sono tanto maggiori quanto più precocemente e più intensamente essa è praticata; e come per una tale abitudine penetri sempre nei giovanetti il germe di una debollezza di nervi che li accompagna per tutta la vita; aggiungeva che dai pedagoghi e dai medici devono partire le proposte allo scopo di combattere questo fenomeno, di prevenire tali infezioni nelle scuole e nei Convitti; e di eliminare tutto ciò che può favorire la spinta verso tali erramenti, alludeva e comprendeva, senza dubbio alcuno, fra tali erramenti, il Cinomatografo, che sin da quell'epoca cominciava a diffondersi in modo sconfortante, quale ora lo troviamo. (2) Sorgente cioè, di onanismo, nervosismo, ecc.,

(1) . . . . il risveglio precoce dell' istituto sessuale, le degenerazioni della passione amorosa, la mansturbazione, le malattie sessuali, tutti questi fattori costituiscono pel sistema nervoso dei danni così gravi, che è fra i compiti più importanti dell'educazione quella di proteggere da essi la gioventù — Oppenheim — Neuropatie ed educazione — Roma 1907 - p. 91.

(2) Oppenheim — Neuropatie ed educazione — I primi segni del nervosismo nella fanciullezza — Società editrice libraria — Roma 1907.

pei giovanetti; d'isterismo, nervosismo, ninfomania, ecc. per le giovinette; precocità negl'istinti sessuali per tutti. Causa di degenerazione affrettata, quindi, mercè le infinite neuropatie e psicopatie che suole suscitare nei suoi frequentatori adolescenti.

Messina 31 ottobre 1924.

RECENSIONI

Castaldi, Pighini, Cerletti, Rossi, Lugaro — FUNZIONI E DISFUNZIONI TIROIDEE — Pubblicato a cura dell' Istituto Sieroterapico Milanese 1923.

E' una raccolta di dotte conferenze tenute dai suddetti AA. nella sede dell' Istituto Sieroterapico Milanese.

Nella prima conferenza il Castaldi discorre dell' influenza grandissima che ha la ghiandola tiroide sull'accrescimento corporeo, agendo principalmente sulla formazione e differenziazione dei tessuti, più che sull'accrescimento in volume del corpo, sul quale ha influenza prevalente il timo.

L'A. inoltre, usando il *coefficiente di relazione* dei biometrici, ha determinato *l' indice tiroideo*, cioè il rapporto percentuale fra peso tiroideo e statura, ricavandone come conclusione che mentre il peso assoluto della tiroide sale rapidamente dalla nascita fino al 2.° decennio, raggiunge in ambo i sessi il peso maggiore al 4.° decennio, e poi diminuisce, con velocità maggiore, a partire dal 6.° decennio, l' indice tiroideo invece, massimo negli ultimi mesi intrauterini e alla nascita, cade precipitoso raggiungendo il minimo valore nel periodo immediatamente prepubere intorno ai 14 anni, prima nella femmina che nel maschio.

Tutto questo ci dice che nei primi anni della vita postnatale è forte il valore morfogenetico tiroideo, perchè ancora svolgonsi importantissimi processi formativi, mentre avendosi allora meno spiccato aumento di statura, il timo ha valori bassi. Diviene minore la correlazione fra tiroide e grandezza del soma quando nel periodo prepubere il timo presiede ad un maggiore allungamento corporeo. Frattanto l' ipofisi e la corticale surrenale e probabilmente l'epifisi hanno influenza intermedia fra tiroide e timo. All'epoca pubere entrano maggiormente in gioco anche le glandule sessuali e la tiroide si mette in stretta relazione con la loro attività. La tiroide crescerà ancora ma solo in valore assoluto, finchè all'epoca critica inizierà la sua discesa. In realtà dunque, se la

tiroide presiede direttamente ai processi della differenziazione, in realtà essa domina tutti i processi dell'accrescimento, perchè non può aversi aumento dimensionale, senza precedente formazione di tessuti ed organi.

Il Pighini, trattando del gozzo endemico e della sua etiologia, propende per l'origine idrica del gozzismo. Relativamente a questa ipotesi, riporta il largo contributo di ricerche personali, dalla quali risulta che l'A. avrebbe ottenuto reperti sperimentali positivi col fluoruro di sodio, che si trova in molte acque minerali. L'A. stesso avverte che l'ipotesi, pur essendo ben fondata, ha bisogno di ulteriore conferma.

Il Cerletti, trattando del cretinismo endemico, studia la gamma che va dal semplice gozzuto al classico cretino. Non tutti i gozzuti sono cretini.

Per il cretinismo endemico, oltre all'alterata funzione della tiroide, bisogna ammettere un fattore degenerativo, che l'A. crede di poter riconoscere nella lue ereditaria.

Il Rossi, in una prima magistrale conferenza tratta prima con dottrina ampia e squisito senso critico delle funzioni della tiroide, arrivando alle seguenti conclusioni: « che la tiroide dev'essere considerata come una ghiandola a secrezione interna che svolge più di un'azione, verisimilmente per mezzo di differenti ormoni; che la sua funzionalità, che non possiamo adeguatamente misurare in vivo per difetto di mezzi, si può solo fino ad un certo punto e grossolanamente dedurre dalla struttura istologica, perchè non si conoscono nè le proprietà chimiche fondamentali, nè quelle morfologiche delle sostanze attive del suo secreto; che come tutte le ghiandole a secrezione interna che non derivano da cellule dalle quali possono originarsi tanto elementi nervosi che elementi ghiandolari (sistema cromaffine), la tiroide dimostra di influenzare il sistema simpatico più di quanto essa sia da questo influenzata; in talune condizioni (innesti, trapianti alla Carrel) può funzionare correttamente, almeno per alcuni ormoni, anche quando le innervazioni antagoniste originarie non sono ripristinabili e quantunque, stando alle ricerche più recenti, non contenga nel suo contesto cellule nervose simpatiche ».

Nella 2.ª conferenza il Rossi tratta diffusamente della patogenesi del morbo di Flaiani - Basedow, attribuendola a un distiroidismo, secondo le più recenti vedute dell'endocrinologia.

Infine il Lugaro tratta delle ripercussioni psichiche della funzione

tiroidea, considerandola nei rapporti col cretinismo, con la senescenza, con la ipocondria, con le distimie, con la nevrosi traumatica, con l' isterismo, con le ossessioni ecc.

Il libro merita di essere letto con ponderazione, e racchiude quanto di più concreto e positivo si conosce intorno agli argomenti che tratta.

C. Ventra

Prof. Ettore Levi — Un centro di studi e di attività sociali — *Ed. dell' Istituto italiano d' Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale* — Roma 1925.

Il Prof. Ettore Levi, direttore dell' istituto d' Igiene Previdenza ed Assistenza sociale, in un bel volume di piú di 200 pagine, ha voluto dar conto della sua veramente sorprendente attivitá in favore dell' istituto da Lui fondato e diretto, durante i quattro anni di vita proficua quanto mai.

L' Istituto, unico nel regno, ha per scopo l' integrazione delle varie attività della medicina preventiva corrispondenti allo stato attuale dell' Igiene e della Sociologia. Esso è un Ente organizzato in difesa della vita umana: è un centro di azione sociale e di studi, di documentazione e di propaganda di tutti i problemi che interessano l' Igiene dal punto di vista sociale, aperto a tutti gli studiosi, e di cui è organo importante il giornale « La difesa sociale ». Esso si è già affermato, la sua vita è assicurata ed ha avuto il plauso e l' incoraggiamento di scienziati, di uomini politici e di uomini di stato italiani e stranieri.

Per quel che riguarda la nostra specialità si sa che il prof. Ettore Levi si è fatto iniziatore della Lega italiana d' Igiene e profilassi mentale, di cui è stato già nominato un Comitato centrale; e nel libro troviamo a questo proposito cenno dell'azione svolta. Di ciò noi alienisti, bene augurando, gli dobbiamo restar grati.

S. Tomasini

R. de Saussure — Diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive e la catatonie. — *L'Encèphale* 1924 N. 2

Da tempo sono state segnalate le difficoltà diagnostiche tra la frenosi maniaco - depressiva e la catatonia. Tra queste dificoltà si notano: 1°. alcuni autori sembra che contestino di considerare la catatonia come entità morbosa. Ballet e Seglas sono di questo avviso. 2° Anche riconoscendo l'entità morbosa, certi autori contestano che sintomi catatonici si possono trovare con più o meno frequenza nelle psicosi maniaco - depressive. Così Sommer. 3°. Certi autori ammettono che si possono avere delle psicosi associate, uno stesso individuo contrae alle volte la demenza precoce e la psicosi maniaco - depressiva. Così Weygandt, Kraepelin, Lange. 4°. Altri autori ancora si rifiutano di considerare le psicosi periodiche come entità morbose, e non vi vedono che un sintoma, che si trova nelle diverse affezioni mentali, come nell'anormale. Questo punto di vista è difeso da Ritterhaus.

Da ciò si rileva come la diagnosi sia difficile, e come i psichiatri son lungi d'intendersi sulla soluzione da dare al problema. Ora la sola ragione per la quale interessa di stabilire esattamente la diagnosi è il fatto che se ne può dedurre una prognosi. Infatti Baillarger per primo e poi Magnan, insistono che l'accesso di pazzia periodica lascia dietro un cervello perfettamente sano. Ma l'accordo in questo punto non esiste: Schmele, Kraepelin, Garczivski, ed altri sono di parere contrario.

L'a. opina che per arrivare ad un risultato pratico bisogna stabilire la lista de sintomi catatonici e quella dei sintomi della mania. In seguito un gran numero di medici di manicomio rivelano quali sono i sintomi di queste liste che presentano i loro ammalati, così si possono avere dei dati statistici esatti. Perchè il lavoro sia utile bisogna notare l'età della prima crisi, la frequenza degli accessi, infine il carattere di ciascun accesso. L'a. propone che gli alienisti che s'interessano a questa quistione rilevino per tutti i casi di catatonia e di mania i dati seguenti:

I. Eredità.

II. Carattere schizoide o ciclico.

III. Costituzione fisica (secondo Kretschmer) cioè astenica, atletica, picnica.

IV. Sintomi catatonici durante l' infanzia.

V. Gli accessi secondo la tabella seguente.

Sintomi maniaci

	ACCESSI		
Età dell' infermo	1°.	2°.	ecc.
Euforia	»	»	»
Ipertrofia della personalità { con delirio			
Ipertrofia della personalità { senza delirio . .	»	»	»
Vedere in tutto il lato buono delle cose . .	»	»	»
Eccitamento alla minima contrarietà . . .	»	»	»
Logorrea confusa delle idee (senza dissociaz. persist.)	»	»	»
Pensieri frammentari, incompleti	»	»	»
Orientamento buono	»	»	»
Grande disattenzione	»	»	»
Impronta del mondo ambiente degli elementi del delirio	»	»	»
Creazione di numerosi piani, che vogliono tutto riformare	»	»	»
Erotismo	»	»	»
Malgrado le collere passeggiere buoni rapporti affettivi	»	»	»
L' infermo realizza che egli è ammalato . .	»	»	»
Numerose illusioni	»	»	»

Sintomi catatonici

Allucinazioni	»	»	»
Incoerenza di idee	»	»	»
Indifferenza emozionale	»	»	»
Negativismo	»	»	»
Stereotipie	»	»	»

	ACCESSI		
Manierismo (attitudini catatoniche)	1°.	2°.	ecc.
Catalessia	»	»	»
Ecomimia, ecolalia	»	»	»
Stupore	»	»	»
Automatismo	»	»	»
Azioni impulsive	»	»	»
Paramimie	»	»	»
Iper o ipotonia degli arti	»	»	»
Indebolimento mentale	»	»	»

VI. Descrizione della crisi (durata, impressione d' insieme).

VII. Descrizione molto minuta dei periodi intervallari degli accessi facendo particolarmente attenzione alla diminuzione dell' intelligenza.

Solo comparando un gran numero di storie cliniche si possono tirare degli insegnamenti molto utile sulla prognosi dei sintomi.

S. Tomasini

NOTIZIE

La R. Università degli Studii di Firenze:

Visto il Testamento in data 12 Settembre 1874 dell' Illustre Scienziato MAURIZIO BUFALINI, il quale lasciava alla Sezione di Medicina del già R. Istituto di Studi Superiori pratici e di perfezionamento un legato per un Premio da conferirsi per Concorso alla memoria vincitrice la trattazione del Tema dallo stesso Fondatore indicato:

DELIBERA

1. E' aperto fino da questo Febbraio 1925 il Concorso al premio BUFALINI.

2. Il termine legale per la presentazione delle memorie scade nel dì trentuno Luglio del 1926 a ore quindici.

3. La somma del premio è determinata in Lire Seimila.

4. Il Direttore della Segreteria della R. Università di Firenze (Piazza S. Marco, n. 2) è incaricato ufficialmente di rivedere le Memorie dei concorrenti rilasciandone al consegnatario ricevuta.

5. Che vengano pubblicati l'Avviso, il Tema, la Nota di alcune opere e le norme regolatrici il Concorso medesimo, quali furono formulate e indicate dallo stesso Prof. Maurizio Bufalini col suo Testamento.

AVVISO

« La costante esperienza della mia lunga vita mi ha fortemente persuaso di tre grandi verità cioè:

« I. essere onninamente falsi tutti i principii detti *a priori*, o « almeno non atti mai a somministrare altre cognizioni e perciò doversi « reputare impossibile la filosofia detta *speculativa o dommatica*.

« II. essere unicamente vera, e cosa da doversi abbracciare, la « filosofia detta *sperimentale*: e dicasi la stesso del metodo che porta « un tal nome.

« III. poi questo metodo però, prima dei miei sforzi, essere « mancata quella generale dottrina che doveva farlo comprendere più « giustamente, e che inoltre doveva chiarire le ragioni delle cause com« poste, ed il modo di ragionare di esse.

« Da queste persuasioni seguiva pure la necessità di concludere « che non ancora le scienze si affidarono al vero metodo, non ancora « seguirono invariabilmente il vero ragionare, e lasciarono sempre aperto « l'adito ai ben noti incomportabili errori secolari. Dal che appare avere « sempre incontrata una ben grave difficoltà l'uso del metodo sperimen-

« tale: e questa io ravvisavo costituita nell'abitudine di ragionare con pa-
« role di senso non abbastanza determinato mano a mano che nello ap-
« prendere il linguaggio, debbonsi pure usare molte parole non rappre-
« sentative di oggetti sensibili e concreti; favorito così il nascere e lo
« stabilirsi di un ragionare a modo quasi dei dommatici. Veggano dun-
« que i Sapienti se per tali ragioni possano perdonarmi l'ardire di ri-
« chiamarli dieci anni dopo la mia morte e poscia di venti in venti an-
« ni a risolvere il seguente

TEMA

« Posta l'evidenza della necessità di assicurare al solo metodo spe-
« rimentale la verità e l'ordine di tutte le scienze, dimostrare in una
« prima parte, quanto veramente sia da usarsi in ogni scientifico argo-
« mento il metodo suddetto, ed in una seconda parte, quanto le singo-
« lari scienze se ne siano prevalse nel tempo trascorso dall'ultimo con-
« corso fino ad ora, e come possano esse ricondursi nella più fedele ed
« intiera osservanza del metodo medesimo ».

MAURIZIO BUFALINI.

« Nota delle Opere di Maurizio Bufalini, nelle quali è più parti-
« colarmente trattato l'argomento dell'Avviso e del tema sopra indicati.
« Instituzioni di Patologia analitica. 6. Edizione di Firenze, 1846.
« Prolegomini. Parte I. Edizione del 1863 in Firenze, Tip. Le Monnier.
« Prolegomini. Quesiti sul metodo scientifico in appendice alle institu-
zioni della Patologia analitica, Tipografia successori Le Monnier, Firenze 1870.
« Schiarimenti sul metodo scientifico e specialmente sull' induzione. —
Nel giornale Lo Sperimentale — Anno XXVI. — 1874.
« Sommario delle più essenziali ragioni del metodo scientifico. — Nella
Nuova Antologia. Firenze, Marzo 1874.
« Agli Illustri Professori della Sezione di Medicina e Chirurgia dell'Isti-
tuto degli Studi Superiori pratici e di perfezionamento di Firenze
ed altri — A quelli dalla Chimica e Farmacologia insegnanti nel-
l'Arcispedale di Santa Maria Nuova. — Agli Esercenti Medicina e
Chirurgia nell'Arcispedale medesimo ed altri. — Agli Scolari della
Medicina e Chirurgia. — MAURIZIO BUFALINI — Firenze, 1874.
e nello Sperimentale, Luglio 1874 ».

NORME

« 1. Ogni Memoria sarà contrassegnata in testa con un particolare
motto, e chiusa da piego sigillato sopra del quale sarà trascritto il motto
stesso che contrassegna la memoria.

« 2. Le Memorie stesse saranno scritte in italiano o in latino.

« 3. Con il piego contenente la Memoria andrà unito un altro piego sigillato collo stesso motto e contenente una polizza dichiarativa del nome e cognome, dei titoli del luogo di dimora dell'Autore della Memoria chiusa nell'altro piego.

« 4. Al Tema che è diviso in due parti si potrà rispondere trattando di tutte due le parti stesse o di una soltanto a scelta dello scrittore.

« 5. Le memorie relative a tutte e due le parti del tema avranno diritto di aspirare all' intiero premio; quelle che avranno trattato di una sola parte, non potranno aspirare che alla metà del Premio.

« 6. Non si accetteranno le Memorie che non saranno nitidamente scritte da una sola mano od avranno correzioni ed aggiunte di senso non abbastanza palese: le correzioni però od aggiunte, o variazioni fatte da un'altra mano non saranno valutate.

« 7. Le Memorie non premiate si restituiranno dal Direttore della Segreteria agli Autori, sigillate come lo furono dagli esaminatori.

« 8. In caso di parità di voti nello squittinio per aggiudicazione del Premio, non si rinnoverà lo squittinio stesso, ma il premio verrà diviso tra le Memorie in parti eguali.

« 9. Il Presidente del Congresso degli esaminatori, seduta stante, proclamerà pubblicamente i risultamenti delle praticate votazioni, e quindi o la Memoria o le Memorie premiate; poi durante la stessa sessione dissuggellerà pubblicamente i pieghi delle polizze esprimenti i nomi, i cognomi, le qualità, ed i luoghi di dimora degli Autori di ciascheduna di esse, e li proclamerà quindi al pubblico.

« 10. Nessuna Memoria avendo conseguito il Premio, il Presidente del Consesso degli Esaminatori, comunicherà subito ai presenti lo infelice esito del Concorso, e dichiarerà immediatamente aperto un altro Concorso, e nello stesso tempo avvertirà che verrà esso pubblicamente bandito. Nello stesso tempo verrà bandito trovarsi i pieghi non dissuggellati pronti ad essere rertituiti cui spettano ».

FIRENZE, *a dì primo Febbraio 1925*.

Il Direttore della Segreteria
O. MARINI

IL RETTORE
G. CHIARUGI

Si avverte che la copia autentica del Testamento del Prof. MAURIZIO BUFALINI *è depositata presso il Segretario della Facoltà di Medicina e Chirurgia e potrà essere consultata da chiunque vi possa avere interesse.*

Funzioni e Disfunzioni Tiroidee

Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, per iniziativa dell' Istituto Sieroterapico Milanese, dai Professori:

CASTALDI, PIGHINI, CERLETTI, ROSSI, LUGARO

Pubblicato per cura

DELL' ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE

Anno XXXVIII 30 Luglio 1925 N. 2.

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1925

„IL MANICOMIO„ Giornale di Psichiatria e Scienze affini, esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10**.
« l'Estero . . . » **40**, » » » » **15**.

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 2.

Lavori Originali:

Bibliografie e recensioni:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

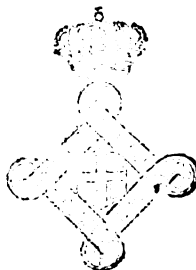
LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVIII — 1925

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1925

Manicomio Provinciale di Genova in Quarto dei Mille
diretto dal prof. C. MANNINI

Dott. Giuseppe Vidoni

Contributo allo studio dei dati metereologici

nel determinismo del suicidio, degli accessi epilettici e dell'alienazione mentale

Riprendo un argomento vecchio, oggi fuori moda, ma che, in altri tempi, ha provocato indagini numerosissime pur riuscendo, non di rado, discutibili non poco per il metodo o per i risultati. Lo riprendo non soltanto per richiamare dall'oblio il suo studio, ma anche perchè mi par di essere riuscito a riunire un materiale, che allarga le vecchie osservazioni in quanto che vicino ai dati, che formano la materia delle ricerche passate — ed alle quali, per la loro mole, non do che rapido cenno — ne ho pur messi altri di diretta osservazione e, a mio avviso almeno, di qualche interesse.

∴

A voler riandare, nel corso dei tempi, all'origine degli studî intorno all'influenza delle azioni cosmiche sugli uomini, non è pos-

sibile tacere dell'astrologia (1), che, attualmente, in qualche punto non è più guardata da tutti col disprezzo e col sorriso ironico di ieri.

Fermiamoci, dunque, pure noi un momento, se non per altro, perchè ci invita a rivolgerle il pensiero una suicida: Erigone che, vinta dal dolore per l'assassinio di suo padre, pose fine ai suoi giorni in modo così tragico da suscitare in Giove pietà tale da farla ascendere in cielo, là dove venne il sesto segno dello Zodiaco.

Tra i Greci l'astrologia ha goduto particolare e diffuso favore. Omero già lo fa sentire con le parole di Teti al figlio:

..... Ora i tuoi giorni
Brevi sono ad un tempo ed infelici
Chè iniqua stella il dì ch'io ti produssi
I talami paterni illuminava.

Tutta la letteratura antica (2), del resto, è ricca di richiami e di poemi astrologici come, più tardi, lo è quella del nostro Rinascimento, perchè se l'astrologia, di fronte al cristianesimo, all'osservazione critica e ad altre ragioni, ebbe a traversare periodi di decadenza, mantenne tuttavia caldi ammiratori e seguaci entusiasti anco nei periodi di maggior risveglio intellettuale o di più intenso fervore religioso.

---

(1) L'astrologia è nata sulle rive dell'Eufrate. Osserva Zanott Bianco, seguendo il Bouché-Leclerq, che « senza dubbio, l'astrologia è figlia dell'astrolatria e dall'una all'altra è breve il passo. I popoli primitivi che riguardavano gli astri come divinità, conferivano ad essi tutti gli attributi, i sentimenti, le qualità che a quelle attribuivano. Naturale era quindi che gli astri, in quanto erano dei, influissero sulle vicende umane e sulle cose terrestri ». Baldi non crede però che tale spiegazione sia sufficiente e, (dopo aver ricordati criticamente gli studî di Lenormant, Arrhenius, etc.) pur concludendo che « ci è negato indagare la ragione intima, e primitiva del sorgere dell'astrologia » fa, tra le altre, un'osservazione acuta, quella cioè, che « il movente più verosimile dell'astrologia risieda in una disposizione psicologica, che ancora non si è differenziata nell'una piuttosto che nell'altra direzione, in quelle della ricerca scientifica od in quella della creazione religiosa ».

(2) « Solem quis dicere falsum — Audeat »? domandava Virgilio, che pur credeva nell'astrologia e che ci ha, anzi, lasciato in versi splendidi un vero trattato di astrologia agraria.

C o n d i v i, il discepolo ed amico fido di Michelangelo, era, ad esempio, così convinto del reale influsso degli astri sul genio del Buonarroti, che narrandone la nascita, scrive esser avvenuta « l'anno della Salute nostra 1474, il dì sesto di Marzo, quattr'ore innanzi giorno in lunedì. Gran natività certamente e che già dimostrava quanto dovesse essere il fanciullo, e di quanto ingegno; perciocchè avendo Mercurio con Venere in seconda nella casa di Giove ricevuto con benigno aspetto, prometteva quel che poi è seguito, che tal parto dovesse essere di nobile ed alto ingegno, da riuscire universalmente in qualunque impresa, ma principalmente in quelle arti che dilettano il senso, come pittura, scultura, architettura ». Anche il V a s a r i, parlando di Michelangelo, dice che « nacque dunque un figliuolo sotto fatale e felice stella ». D'altronde lo stesso Dante (che pur ebbe fiero nemico in Cecco d'Ascoli, nell'autore cioè di un vero poema astrologico: l'Acerba) rende omaggio alla fede nella virtù degli astri alludendo alla sua nascita, avvenuta quando il Sole è in Gemini, vale a dire in una costellazione che, secondo la scienza astrologica, governa l'ingegno e la conoscenza delle cose:

> O gloriose stelle, o lume pregno
> Di gran virtù, dal quale io riconosco
> Tutto, qual che sia, il mio ingegno;
> Con voi nasceva, e s'ascondeva vosco
> Quegli ch'è padre d'ogni mortal vita,
> Quand'io senti' da prima l'aer Tosco.

Gli uomini, e le loro vicende, venivano così legati a questo o quell'astro ed il nascere, in coincidenza dell'una o dell'altra situazione astrale, indicava il destino dell'individuo, lo segnava nella sua storia, l'influenzava nella salute, nelle malattie, nella fortuna, etc. Alla natura dell'uomo concorrono, pertanto, con i genitori, i segni dello Zodiaco e del Cielo in genere. Per questo, ancora nel Rinascimento, il numero degli astrologi medici è infinito, sì da potersi affermare col S o l d a t i che la professione di medico portava seco di necessità quello di astrologo.

Vari sistemi di fisiopatologia erano basati su queste idee, sistemi che se, a seconda dell'epoca e del Paese, variavano nei particolari, erano però quasi sempre caratterizzati dal concetto di cercare le ragioni della salute o della malattia non tanto nell'uomo o in cause di immediata e concreta azione sulla sua individualità, quanto in influssi astrali considerati in un significato di manifestazione divina o di altri poteri più o meno misteriosi.

Soldati, che prima ho ricordato e che dell'astrologia ha fatto uno studio interessante specie nei riguardi letterari, nota, tra l'altro, che pur secondo il Ficino il medico « potrà esercitare bene la sua professione quando nell'esame dei morbi terrà conto del cielo significante. Ma per saper ben leggere le scritture del firmamento e non cader in errori grossolani, o sprecare inutilmente un tempo prezioso al capezzale degli infermi, egli dovrà pur sapere a quali oggetti quaggiù, e singolarmente a quali parti del corpo umano corrispondono, per affinità di natura, le più note parti del cielo, cioè le costellazioni ed i pianeti ». Sia pure con qualche modificazione il concetto era anche qui un'eco di quello della scuola di Coos, secondo la quale « grande è il giovamento delle scienze astronomiche alla medicina ».

* * *

Seguire tutte le scorribande del pensiero nelle interpretazioni dei rapporti tra « cielo » e malattie, riandare, per farne presente qualcuna, alle discussioni di S. Agostino, di S. Tommaso, del Savonarola, di Pico, del Pontano, di Baglivi, di Bacone, etc. potrebbe aver un certo interesse anche qui, come l'avrebbe una rapida scorsa nei tentativi moderni di riabilitazione dell'astrologia. Andremmo però troppo lontani e forse... anche fuori carreggiata. Basti rammentare che Namias ricordando che della credenza antica esistono tuttora traccie in alcuni vocaboli, come, ad esempio, lunatico, gioviale, etc. pensa (come ha scritto pur di recente) di poter

ritenere che nella «credenza di un certo legame fra i fenomeni celesti e la nostra natura vi è probabilmente qualche cosa di vero». Dopo di che mi sia lecito ancora soltanto un ricordo storico, da poco rievocato da Weygandt, illustrando «La Melanconia» di Alberto Dürer (1), eseguita per l'imperatore Massimiliano onde dargli sollievo nella sua paura del pianeta Saturno. Rammenta a punto Weygandt esser diffusa allora la credenza «che tutti quelli, che nascevano sotto il pianeta Saturno, come lo era l'imperatore, erano inclinati alla pazzia; però costoro, a forza di riflessione potevano scongiurare il pericolo. Gli strani attributi della «Melanconia» del Dürer si rapportano, osserva inoltre Weygandt, alla credenza che si aveva in Saturno e nella riflessione».

***

Per quanto si voglia veloce la scorsa attraverso i secoli è pur necessario fermarci un momento ad ascoltare Ippocrate, perchè in lui è possibile trovare l'inizio di una ricerca positiva e di una sistemazione sui rapporti tra la patologia e le cause cosmiche, che considera anche in riguardo alle malattie del sistema nervoso. Egli (ed è quasi superfluo rilevarlo) non sfugge — e così dicasi per Galeno come per qualunque altro e di qualsiasi epoca — ad errori spesso inevitabili in rapporto al tempo e ad altre circostanze, ma si eleva sempre alto, anche quando sbaglia, perchè la sua opera è dominata dal pensiero di stabilire, nell'esistenza di questi momenti esterni, i rapporti eziologici considerandoli in funzione dell'organismo individuale. In questo senso (non sempre presente nei suoi seguaci) riteneva appunto Ippocrate importante l'aiuto,

(1) Tra le opere d'arte ispirate dall'astrologia, meritano di essere ricordati i lavori attribuiti a Giotto, nel palazzo della «Ragione» di Padova, fatti, a quanto sembra, sotto la guida di Pietro d'Abano, che, nei primi anni del 1300, teneva cattedra di medicina e di astrologia proprio nello Studio di Padova.

che poteva derivare al medico dalla sua conoscenza degli astri e con tale indirizzo egli cercava di interpetrare il modo di comportarsi delle malattie del sistema nervoso di fronte all'«esposizione» delle città, alle condizioni telluriche, al clima, alla stagione, alla pioggia, etc. Lo studio di queste condizioni era, invero, insito nello spirito della medicina greca, che, come subiva la concezione del mondo dalla speculazione filosofica, così, a sua volta, non influiva poco sulla speculazione stessa. Lo ha ben avvertito Eucken notando a punto che la medicina greca non solo è condotta ad una più precisa investigazione dei rapporti causali dall'osservazione dell'uomo, ma «contribuisce a chiarire il concetto causale in genere, rivela la stretta congiunzione dell'uomo con la natura, ravvisa in esso un'immagine del tutto, un microcosmo che in sè contiene tutte le essenze e le energie fondamentali dell'universo».

Dopo Ippocrate non pochi altri studiosi si sforzarono a determinare punti di riferimento tra fenomeni astronomici e metereologici e attività fisiologiche e segni morbosi dell'uomo. Se neanche qui è opportuno e conveniente fermarci a lungo, credo nondimeno non sia perderci in deviazioni ricordando in breve le disamine tentate nel campo delle malattie psichiche o in relazione al temperamento, al carattere, etc.

Vicino ai nomi antichi di Ippocrate, di Platone, di Aristotile, di Strabone, di Celso, etc. tutti, frattanto e subito, suggeriscono specialmente quelli di Boudin (anche se bruciò, come dice Olgiati, incenso parecchio allo «spirito superstizioso e alle ridicolaggini del suo tempo»), di Buffon, di Voltaire, di Montesquieu, di Buckle, che hanno pur cercato di portar a sostegno della loro interpretazione, l'aiuto della fisiologia, aiuto che ulteriori conquiste della scienza oggi reclamano altresì con nuovo e maggior diritto.

Per quanto, poi, si riferisce alle malattie del sistema nervoso pure si potrebbe estendere un elenco di non pochi nomi prima di arrivare a quello grande di Chiarugi, che, diciamolo di sfuggita, non soltanto in psichiatria segna un punto veramente luminoso.

A canto, e dopo l'insigne alienista toscano, troviamo in tutti i paesi una folla di osservatori intenti allo studio su le condizioni meteorologiche per scoprire eventuali connessioni tra queste e l'alienazione mentale. Foderè, Pierquin, Daquin, Esquirol, Parchappe, Foissac, Bériginy, Laurent, Berthier, Delasiauve, Girad, Casper, Roller, Tuke, Skae, Castiglioni, Biffi, Bonacossa, Bonomi, Bini, Berti, Salerio, Manzini, Tebaldi, Virgilio, Livi, etc. hanno non poco lavorato in questo campo cercando, in qualche momento, anche applicazioni pratiche nell'assistenza degli alienati, applicazioni che Lombroso ha concretato in un programma, sul quale meriterebbe di esser nuovamente (1) richiamata l'attenzione.

Se non tutti gli autori ora citati, anche A. Marie ricorda con sufficiente estensione molti di questi studi avvertendo però che alle volte, bisogna pur dirlo, lasciano desiderare per la maniera con cui erano condotti.

Di speciale importanza — ognun lo sa — sono, in vece, le indagini di Lombroso e di Tamburini, secondo il quale va assegnato speciale rilievo a le oscillazioni notevoli del barometro, che sarebbero particolarmente risentite dagli epilettici e dai maniaci. Dati questi che hanno avuto recente conferma in quelli di Massarotti, che specifica, inoltre, di aver rilevato, nei malati di mente, aumento di agitazione in coincidenza col variare del tempo e quindi della pressione barometrica mentre, negli stessi malati, ha notato maggior tranquillità quando il tempo diventa stabile anche al brutto.

Riservandomi di richiamare in seguito qualche altra osservazione intorno all'influenza delle condizioni atmosferiche su la personalità umana, rammento ancora qui che per Lombroso, più assai degli innalzamenti o abbassamenti barometrici, influiscono su la pazzia le variazioni e che, per quanto riguarda la temperatura,

(1) G. Vidoni, Ancora in tema di igiene e profilassi mentale, «Giornale di Psichiatria Clinica e Tecnica Manicomiale», 1924.

Lombroso, dall'analisi delle osservazioni sue e di quelle degli altri, conclude che « il freddo non aumenta il numero degli accessi maniaci che quando è esagerato e sopratutto improvviso e quando si associa a grandi variazioni barometriche. Quando non è eccessivo e non accompagnato a variazioni barometriche li diminuisce. Il calore improvviso, e sopratutto eccessivo, dà invece una influenza grandissima nel provocare gli accessi maniaci ed epilettici, che raggiungono il massimo in Luglio. Anche gli accessi epilettici aumentano coll'aumentare del calore e sopratutto dei primi calori e diminuiscono con le temperature fredde ». Dai suoi rilievi per di più si ricava che il vento non avrebbe grande influenza pur riconoscendo le probabilità di un'azione favorevole (1) a quello sud-est. Riguardo, poi, all'influsso della pioggia separato da quello della temperatura non è risultato che esso sia apprezzabile negli alienati, scarso sarebbe negli epilettici. Dai dati di Lombroso, in relazione alle fasi lunari, apparirebbe infine che « gli alienati in genere ed anche gli epilettici presenterebbero un numero molto « maggiore di accessi a luna calante. I rapporti degli accessi colle « altre fasi lunari sono incerti ». Osservazione questa su la luna che pure non è solo di Lombroso. Ricordo perciò che, secondo Régis, la luna sembrerebbe avere una certa importanza sull'andamento degli accessi nella psicosi circolare e che già Galeno parlava dell'influenza di Selene negli accessi epilettici, come pure più tardi Campanella. Esquirol, Leuret e Métiner, Koster, Daquin, Engelken, Guislain etc. troviamo, quindi, tra gli autori stranieri, che si sono occupati di tale punto, cui, in questi ultimi anni, aveva dato pure attenzione il dott. May di Udine con numerose indagini, disgraziatamente perdute nelle vicende fortunose della guerra europea.

(1) Agli effetti dei venti accenneremo anche più avanti, ma intanto non è fuor di posto osservare che l'odierna climatoterapia riconosce a certi venti un'azione tonico-eccitante sull'organismo.

* * *

Dopo di che non occorre, di certo, avvertire che è ben ricca la bibliografia sul nesso tra azioni cosmiche e malattie psichiche, del quale, a lor volta, ne parlano eziandio i trattati riconoscendone, in linea generale, il valore. Tralascio però i singoli apprezzamenti, come non mi trattengo su quanto è stato detto a proposito di cataclismi, di cicloni, di eclissi, di apparizioni di comete, che, per un lato, potrebbero essere pure esaminate sotto il nostro punto di vista.

Ricordo, piuttosto, che osservazioni sono state altresì praticate in relazione alle nevropatie e che (1) su tali osservazioni si basano, razionalmente, non pochi provvedimenti terapeutici (climatoterapia, etc.). Interessanti sono pure le indagini praticate nei riguardi delle razze.

In antropologia è sempre molto discussa l'importanza dei fattori fisici naturali su la costituzione della razza, sui caratteri somatici e psichici di questa, etc. Non è il caso di entrare ora nella disputa, che, come abbiamo accennato, è sempre accesa, ma, pur riservandoci di ritornare su l'argomento, forse non è superfluo avvertire essere oggi legittimo ritenere che i caratteri entrati profondamente nel patrimonio di una razza tendono (per un certo tempo, non in via assoluta) a permanere anche se vengono a mutarsi le circostanze ambientali, che possono averne provocata l'insorgenza. Tenendoci, frattanto, più vicini al nostro studio e tralasciando le particolarità, che autori esperti fanno — anche nel campo delle malattie mentali — dipendere dal fattore etnico, mi pare meriti di essi tenuto presente che studiosi stranieri (Kraepelin) e studiosi italiani (Finzi, Agostini, etc.) ammettono l'intervento del

(1) Non mi estendo in particolari sulle indicazioni terapeutiche delle varie qualità di clima. Ricordo solo, con Botti, che, a proposito della cura degli epilettici, si è riconosciuto tanto beneficio da parte di alcune stazioni climatiche di pianura, da proclamare che esse « ripetono la cura dei bromuri ».

clima per spiegare differenze di sintomatologia riscontrate, ad esempio, in alienati tedeschi e italiani.

.˙.

Per esser breve, passo, senz'altro, a constatazioni che, per la esteriorità del fenomeno, sembrano aver maggior attinenza con le indagini intorno al suicidio venendo, nella valutazione comune, subordinate ben spesso, in tutto o in parte, alla « volontà ». In modo opportuno nota, a questo proposito, Niceforo che nelle manifestazioni della vita sessuale fisiologi, criminalisti, psichiatri e demografi hanno avuto più volte occasione di indicare le variazioni stagionali segnalando sia i massimi di primavera e di estate nella criminalità sessuale sia, per dire di un altro esempio, i massimi delle nascite illegittime nel febbraio-aprile, indicando, a lor volta, il massimo dei concepimenti illegittimi nel luglio-agosto. Si tenga, inoltre, presente che nella maggior parte dei casi la pubertà sboccia (per usare la frase di Pizzoli) nella stagione calda.

Per quanto concerne la delinquenza, le sue oscillazioni nei rapporti con quelle stagionali e climatiche in genere hanno dato origine ad estese ricerche e vivaci polemiche prospettando alcuni (Colajanni, Messedaglia, Bonger, Orano, Lorulot, etc.) un'interpretazione eminentemente sociologica, subordinando cioè la criminalità alle complesse modificazioni dell' attività sociale, legate con una o l' altra stagione, con uno o l'altro clima. Bisognerebbe rievocare una serie lunga di nomi. Senza far ricerche speciali qui cito quelli di Quetelet, Chaussinaud, Rossi, Tardieu, Ferri, Lombroso, Corre, Gauzer, Niceforo, Villermè, Marro, Bianchi, Guerry, Wagner, Carrara, Ottolenghi, De Roos, Kovalewsky, Foinnitsky, Penta, Oettingen, Perrando, Tamassia, Laccasagne, ecc.

Dall' esame dei rilievi di questi studiosi e di quello della statistica in genere si hanno risultati da rendere legittimo un « calendario della delinquenza », perchè, come ben sintetizza Niceforo,

la « delinquenza offre il suo massimo in inverno e un secondo « massimo in estate. Gli è che la delinquenza complessiva risulta « da serie ben diverse, che la compongono: la delinquenza contro « le persone, col suo massimo estivo e quella contro la proprietà, « col suo massimo invernale. I massimi primaverili ed estivi di « quelle forme della criminalità, che sono particolarmente collegate « con l'eccitazione della psiche furono da tempo messe in evidenza « dalle indagini statistiche del Villermé (1831) e del Quételet « (1835), che parlavano anche delle variazioni stagionali della follia « e del suicidio... E poichè parliamo di follia e di delinquenza, si « può anche far cenno delle variazioni periodiche stagionali rinve- « nute nelle punizioni dei delinquenti, nelle carceri, per atti vio- « lenti o per infrazioni disciplinari, e delle variazioni periodiche « stagionali rinvenute negli accessi degli alienati internati negli « asili. Di tutti questi fenomeni si ha, in generale, graduale ascen- « sione con l'avvicinarsi della primavera, con massimi primaverili « ed estivi, e poi decremento, con minimi invernali. Pur anco nei « duelli volle notarsi periodicità stagionale col suo massimo in « primavera ed estate (Teissier) ».

Ma non basta. Anche nella produzione degli accidenti sul lavoro furono fatti rilievi di non scarso interesse in rapporto a siffatte considerazioni. Spetta a Niceforo il merito di aver particolarmente segnalato l' influenza del fattore biologico nel determinismo degli infortuni, determinismo che, in seguito, è stato approfondito pure nelle sue connessioni con le stagioni, i giorni, le ore, etc. Zanellini, che forse è stato il primo ad occuparsi dello argomento, ha trovato, a Piombino, il massimo degli infortuni coincidere con i mesi più caldi. In seguito Maffei e Pieraccini hanno messo in rilievo che le stagioni a temperature estreme favoriscono il prodursi degli infortuni, circostanza che mettiamo vicino subito ai rilievi di Perì, il quale, elaborando un ricco materiale statistico, ha fatto notare che, per la Liguria, il massimo numero

degli infortuni (1) corrisponde alle temperature più elevate e quindi a quelle più basse. Interesse hanno pure le osservazioni fatte (Bertoldi, etc.) per il lavoro o per il riposo intorno all'influenza dell'orientamento del letto o del tavolo secondo uno o l'altro punto cardinale e quelle intorno alla luce.

Più avanti rivedremo ancora qualcuno di questi rilievi. Intanto ricordiamo pure subito che anco le produzioni più alte dell'intelletto sono state sottoposte ad indagini sotto questo punto di vista, tanto che Lombroso ha potuto riscontrare che il massimo delle manifestazioni geniali è avvenuto in primavera. In primavera altresì e nell'estate cade inoltre il maggior numero delle rivolte e rivoluzioni (Lombroso e Laschi) E analogamente, dalla statistica stagionale di date e di avvenimenti celebri, secondo i dati di Mancini (raccolti da Niceforo e Penta) risulterebbe un massimo nei primi calori ed un minimo in coincidenza col freddo più intenso.

* * *

Per qualcuna delle ricerche viste fino qui non v'ha dubbio che vi sia necessità di ulteriore conferma e di più ampio controllo. Tuttavia se nell'accogliere tali indagini (spesso ben difficili per compartecipazione biologica e sociale nel fenomeno) bisogna aver prudenza di conclusioni, si deve sempre ammettere che, complessivamente, portano un contributo positivo di conoscenze per quanto concerne l'influenza delle azioni cosmiche sulle condizioni psichiche dell'uomo, influenza che, per nominare il più recente degli autori, è stata anco ritenuta sicura, in questi giorni, da Poyer. Vediamo in tal guisa che si ricollega a quel modo di operare, che viene (come vedremo ancora) riconosciuto per tutte le manifestazioni della vita e che, per quanto si riferisce all'uomo, è stata pure conside-

(1) Questi rilievi sono stati confermati dalle indagini di altri autori. Per la ricchezza del materiale mi sia lecito ricordare, se non tutte, almeno quelle di Rolando.

rata sotto altri aspetti. Secondo indagini di Malling-Hansen, ad esempio, i fanciulli hanno, nei riguardi dello sviluppo dell'organismo, speciali periodi di crescenza. (1) Il peso avrebbe così il suo massimo incremento nell'autunno, mentre in primavera e nell'estate aumenterebbe la statura, che raggiunge il più forte accrescimento nel periodo aprile-agosto. Dice, poi, Foissac che la « végétation « qui se développe périodiquement dans les plantes en printemps « et pendant l'été est un mouvement vital commun à tout le règne « organique et que l'homme même y participe ».

Non v'è, dunque, da meravigliare che si trovino adombrati i rapporti tra clima e suicidio negli autori più lontani. Ricorda, anzi, Morselli che da tempo antico il Nord d'Europa è stato « riconosciuto come la terra classica del suicidio, e Tacito e Svetonio « avevano espresso la loro meraviglia per il disprezzo in cui le « tribù germaniche, celtiche e brettone tenevano la vita ».

Senza diffonderci in riferimenti, possiamo arrivare, senz'altro, ad Esquirol che prese metodicamente in esame detti rapporti concludendo che si era attribuito troppo valore alle affermazioni di Montesquieu, per il quale il suicidio era favorito da un cielo nebuloso ed oscuro, che, disponendo ad idee tristi e melanconiche, portava alla morte volontaria.

Una testimonianza favorevole a questo influsso era cercata, ai tempi di Esquirol, nella frequenza di suicidî in Inghilterra, ma lo alienista francese faceva argutamente osservare che si dimenticava di dar rilievo al fatto che, mentre in Italia era giá diffuso il suicido, era invece sconosciuto nella Gran Bretagna quando veniva

---

(1) Accenno solo all'argomento, altrimenti dovrei richiamarmi pure ai lavori di Buffon, Carlier, Combe, Godin, Ragazzi, etc. Secondo Combe, inoltre, i fanciulli nati da Settembre a Febbrajo sarebbero più piccoli di quelli nati da Marzo ad Agosto.

conquistata dai Romani. (1) In altri punti erano, dunque, da ricercare le ragioni del suicidio in Inghilterra e la riprova era data eziandio dalla circostanza che l'Olanda, con clima più nebbioso e più umido di quello dell'Inghilterra, aveva un numero di suicidi più basso che altrove, mentre, pur rimanendo invariate le condizioni di clima, si andava da anni osservando aumento progressivo di suicidi a Berlino ed a Copenaghen. Non negava tuttavia Esquirol l'intervento delle condizioni climatiche e metereologiche. Egli, anzi, si indugia su le osservazioni di numerosi autori richiamando quelle di Rechin, Cheyne, Osiander, Foderè, Duglas, Dupuytrèn, etc. e facendo, tra l'altro, rilevare che Cabanis aveva notato essere i suicidi più numerosi nell'autunno, quando questo è molto piovoso e segue ad un'estate molto asciutta.

Esquirol dice di aver fatta la stessa constatazione e tenta spiegarla attribuendo al passaggio da un'estate secca ad un autunno umido un'azione favorevole allo sviluppo di malattie addominali, che, secondo Esquirol ed altri, (2) avrebbero stretti rapporti col suicidio.

Però dall'esame dei dati concernenti il numero dei pazzi, che entrarono alla Salpetrière, dopo aver tentato il suicidio, lo stesso Esquirol nota ancora che questi tentativi sono stati molto più frequenti durante i grandi calori estivi e nella primavera, manco nell'autunno.

Se vogliamo seguire qualche altro studioso, ricorderò che per Falret hanno, da un lato, importanza il clima cupo e fosco, dal-

(1) Ricordo che uno scrittore inglese riteneva inconcepibile il suicidio sotto il bel cielo di Genova, opinione questa che, del resto, non è sola. Mittermeyer, infatti, nell'osservare il minor numero di suicidi in Italia in confronto di altri paesi, non dimentica di metter il fenomeno, oltre che con altre ragioni, in rapporto col « carattere degli abitanti favorito da uno splendido clima ».

(2) G. Vidoni, Le basi organiche del suicidio, « Note e Riviste di Psichiatria », 1923.

l'altro la stagione estiva e quella autunnale. Casper tende, in genere, a togliere valore a queste presunte influenze, ma Ferrarese, commentandolo, rilevava che, dalle sue cifre, risulta essere il suicidio, a Berlino, più frequente nell'estate, il che, per Milano, era confermato da Fossati. « Nei climi l'influenza di alcuni « venti, scriveva inoltre Ferrarese, costituisce una delle più « potenti ragioni della frequenza dei suicidi. Così nell'Inghilterra, « allorchè spira il vento sud-est (scirocco), i casi di suicidio sono « in maggior nnmero. Questo vento nella Gran Brettagna più di « ogni altra regione suol essere caldo, secco ed opprimente. Esso, « agli individui di una estrema suscettibilità nervosa, apporta « difficoltà somma nell'esercizio delle sue funzioni, un mal essere « grandissimo, il quale per lo più mena fino al tedio della vita, al « suicidio ». Dopo aver ancora riferito i dati di Cabanis, Esquirol, etc., ricorda pure Ferrarese che « i medici di « Vienna opinano esser la tendenza al suicidio più frequente pri- « ma o poco dopo gli equinozii ».

Ben lontano si andrebbe se volessi fare un esame storico completo dell'argomento. Continuerò, quindi, solo con rapidi cenni non dimenticando però che Quetelet, già nel 1829, aveva segnalato l'influenza delle variazioni barometriche sul suicidio come, del resto, sull'omicidio, le nascite, le morti, etc. Lombroso, a sua volta, aveva indicato un minimo di suicidî in Febbraio, Novembre e Dicembre ed un massimo in Giugno e Maggio, ai quali, in linea discendente, seguono Agosto, Luglio ed Aprile. Secondo i dati di Guerry, Legoyt e Wagner in Giugno si avvera una maggior tendenza suicidia, che avrebbe, in vece, la sua più forte attenuazione nell'inverno, specie in Dicembre.

Morselli ha messo in evidenza che, di solito, il numero più forte dei suicidi si ha in Giugno ed il minimo in Dicembre, ma, a proposito della magistrale opera di Morselli, sia concessa una digressione. La faccio richiamandomi in parte a quanto ho già

avuto opportunità di scrivere in altro momento (1) anche se ci porta a qualche considerazione estranea allo studio immediato dei rapporti tra azioni cosmiche ed il suicidio, al quale, d'altronde, direttamente sempre si mantiene strettamente connessa. Egli è che l'opera di Morselli è così fondamentale che Bachi, volendo, or è poco, istituire un confronto sul suicidio a traverso i dati odierni e quelli di cinquant'anni or sono, ha creduto di dover riferirsi per base proprio al celebre saggio del clinico di Genova ed al lavoro recentissimo di John n Rice Miner « Suicide and ist relation « other climatic and other factors ».

Come è noto, Morselli aveva constatato un aumento continuo dei suicidi in rapporto alla popolazione di tutti gli stati civili. Tale « aumento, scrive Bachi, è continuato ancora ed anzi lo « si può constatare anche in paesi da lui non considerati come il « Giappone e l'Australia; però mentre durante i primi tre quarti del « secolo scorso quasi nessuna nazione mostrava stabili o decrescenti « le cifre, negli ultimi decenni le cifre relative al settentrione di « Europa hanno avuto una certa tendenza alla stabilizzazione, men- « tre quelle per la Norvegia e per la Danimarca hanno conservato « l'atteggiamento declinante, che avevano assunto qualche hanno « prima dello studio del Morselli. I dati seguenti sono del « Miner: Suicidi per 100.000 abitanti, nel 1871-75, Irlanda 1.8, « Italia 3.5, Scozia 3.3, Filandia 2.9, Olanda 3.6, Norvegia 7.5, « Ingh. e Galles 6.6, Australia 10.1, Belgio 7.0, Baviera 9.1, Sve- « zia 8.1, Massachussets 8.0, Giappone ?, Prussia 13.4, Danimarca « 24.3, Francia 14.4, Svizzera ?, Sassonia 26.8, Serbia ?; nel 1896- « 1900 Irlanda 2.9, Italia 6.3, Scozia 6.0, Filandia 4.7, Olanda 5.5, « Norvegia 5.5, Ingh. e Galles 8.9, Australia 12.4, Belgio 11.9, « Baviera ?, Svezia 11.9, Massachussets 9.9, Giappone 18.5, Prus- « sia 19.5, Danimarca 22.1, Francia 23.2, Svizzera 22.2, Sassonia

(1) G. Vidoni, l. c.

« 30.5, Serbia 4.0; nel 1913 Irlanda 3.5, Italia 8.8, Scozia 5.9,
« Filandia 11.8, Olanda 6.8, Norvegia 6.4, Ingh. e Galles 9.6. Au-
« stralia 13.5, Belgio 13.5 (d. per il 1912), Baviera 17.6, Dani-
« marca 18.0, Francia 23.0, Svizzera 24.7, Sassonia 34.1, Serbia
« 6.5 (d. per il 1911). Dai dati (assai incompleti osserva Bachi),
« per varî paesi meridionali parrebbe che la distanza tra essi e i
« settentrionali si sia alquanto attenuata, conservando essi, con
« cifre in assoluto assai minori, più marcata la tendenza ascensio-
« nale. La distanza, per esempio, tra l'Italia e la Danimarca che
« era, nel 1866-70, come da 3.0 a 27.7 (proporzione per 100.000
« ab.) era, nel 1915, come da 8.1 a 17.6. Ciò parrebbe indizio di
« una certa tendenza generale alla stabilizzazione, manifestantesi
« prima nei paesi del Nord a più forte tendenza al suicidio e poi
« in quelli del Sud più repugnanti ad esso. Assai interessante, nota
« ancora Bachi, è lo svolgimento del fenomeno durante la guerra:
« quasi tutti i quattordici stati di cui il Miner possiede le cifre
« dopo il 1914, siano essi neutri o belligeranti, mostrano, più o
« meno marcata, una certa tendenza alla diminuzione nel periodo
« bellico. Già il Morselli aveva osservato fenomeni analoghi
« nel 1866 ed il Mayer nel 1848, ma questa volta si ha la parti-
« colarità del presentarsi della diminuzione anche in paesi neutrali
« come la Svezia, l'Olanda, la Svizzera, gli Stati Uniti fino al 1916,
« o meno direttamente colpiti come l'Australia e il Giappone· tanto
« più notevole è il fatto, perchè la diminuzione si ha per ambo i
« sessi, per tutte le classi di età; e perchè normalmente i militari
« hanno da lunghissimo tempo una forte propensione al suicidio.
« Ma, a prescindere da questa diminuzione, che del resto in In-
« ghilterra nel 1919 era già superata, raggiungendosi la cifra del
« 9.1 per 100.000 abitanti, non lontana da quella di 9.6 del 1913,
« la situazione relativa dei diversi Stati ha subito parecchie modi-
« ficazioni, durante questo mezzo secolo. Fermo restando il primato
« della Sassonia, essa è seguita oggi dalla Francia che all'epoca

« dello studio del Morselli era preceduta dalla Danimarca.
« L'Inghilterra occupa oggi, come in passato, un posto centrale,
« mentre secondo la testimonianza non statisticamente appoggiata
« di Montesquieu essa, nel secolo XVIII, aveva cifre di sui-
« cidi assai rilevanti. L'Irlanda è alla base oggi come in passato.
« L'Italia ha aumentato assai più di altri paesi ed ha oggi più
« suicidi della Norvegia e dell'Olanda, accostandosi all'Inghilterra.
« La Finlandia da uno degli ultimi posti è salita a livelli notevo-
« lissimi. Ma la tendenza generale parrebbe essere quella all'aggua-
« gliamento, la serie del 1913 presentandosi più compatta di quella
« del 1875. L'aumento rilevantissimo dell'Italia parrebbe giustificare
« l'idea che il suicidio proceda di pari passo nel suo aumento con
« lo sviluppo industriale; ma a questo si oppone e la considera-
« zione del posto che occupa l'Inghilterra con poco più di un terzo
« della proporzione dei suicidi della Prussia e della Francia, con
« meno di quelli della Filandia, con poco più di un quarto di quelli
« della Sassonia, etc. e ancora più si oppone il calcolo che fa il
« Rice Miner riguardo a parecchie città degli Stati Uniti, cal-
« colo che per essere basato su di un censimento industriale unico,
« per essere condotto con metodo di correlazione atto a svelare i
« più tenui parallelismi, per considerare uno Stato solo, riesce
« particolarmente significativo nel suo risultato di negare ogni
« rapporto evidente tra lo sviluppo industriale di un paese e la
« sua tendenza al suicidio ».

Dopo di che, venendo più immediatamente al nostro tema, vediamo che Bachi osserva che i tentativi di spiegare il numero dei suicidi dei diversi paesi con l'influenza della latitudine, del clima
« non erano soddisfacenti quando gli stati di Europa erano, riguardo
« al suicidio, disposti quasi regolarmente in serie da Nord a Sud,
« come intorno alla metà del secolo scorso: ancora meno (dice
« sempre Bachi) lo sono oggi, dopo che le posizioni reciproche
« hanno subito varî e profondi mutamenti. Il Miner calcola, per

« gli Stati Uniti, la correlazione tra la temperatura media e l'in-
« solazione e i suicidi senza trovare risultati, che incoraggino alcuna
« ipotesi di proporzionalità diretta o inversa. Calcoli simili neghereb-
« bero negli S. U. quella proporzione inversa che il Morselli
« aveva trovato in Italia tra suicidi ad altezza sul livello del mare.
« Laddove ci sarebbe, sempre secondo i calcoli del Miner, cor-
« relazione tra una forte precipitazione e un basso numero di sui-
« cidi, il che potrebbe trovare una conferma nella poca tendenza
« al suicidio degli Irlandesi e oggi e mezzo secolo fa: per quanto
« forse sembri più prudente ricondurre la diversità di propensione
« delle diverse razze al suicidio piuttosto a fattori propri della
« razza che dell'ambiente. E in verità anche Morselli, se bene
« i suoi dati presentassero la ricordata maggiore regolarità di di-
« sposizione degradante da N. a S, era giunto alla conclusione
« che più che nel clima o nella latitudine, nelle caratteristiche etno-
« grafiche e nella tradizione propria di ciascuna razza si dovesse
« trovare la spiegazione delle differenze da paese a paese. Egli
« notava come la razza germanica pura della Sassonia fosse la più
« disposta a togliersi la vita, come la tendenza andasse diminuendo
« man mano che ad essa si trovassero miste altre razze, come
« mostrava il confronto dei dipartimenti della Francia con grandi
« infiltrazioni di Germani con quelli a base di elemento Celto-latino,
« dei diversi cantoni svizzeri, della Inghilterra (Germani prevalenti
« su Celti indigeni) con l'Irlanda (Celti prevalenti sui Germani in-
« vasori), delle provincie italiane a popolazione di alta statura, con
« quelle di bassa statura, di quelle a popolazione brachicefala con
« quelle a popolazione dolicocefala. Non dissimile è in sostanza la
« distinzione del Miner condotta sui dati odierni tra razza nor-
« dica (assai propensa al suicidio), mediterranea (repellente) ed
« alpina (mediocremente disposta): lasciando fuori gli Slavi che
« hanno poca tendenza al suicidio, se bene molto dediti all'alcool,
« gli Inglesi, come misti di mediterranei e nordici, presentano cifre

« minori dei Tedeschi, pure nordici, degli Svizzeri, nordici e alpini,
« e maggiori degli Spagnuoli, mediterranei, mentre Italiani e Fran-
« cesi, come misti dei tre tipi in misure varianti tra le diverse
« regioni, hanno cifre diverse secondo le zone. Ma, se riguardo a
« distribuzione nello spazio ci sono state variazioni e ci possono
« essere discordanze nell' assegnare le cause è, invece, restata, in
« questo mezzo secolo, di una costanza notevolissima la distribuzione
« per stagioni. L' aumento di suicidi nell' estate e la loro diminu-
« zione nell'inverno si mantengono senza nessuna eccezione. L'os-
« servazione estesa all' emisfero australe mostra ivi prevalenti i
« suicidi nel dicembre e singolarmente pochi quelli nel giugno. Il
« fatto che a Bombay, dove le differenze di temperatura tra estate
« e inverno è appena avvertita, lo scostamento medio nella distri-
« buzione mensile è assai meno notevole che in altri paesi, farebbe
« pensare che esista una relazione stretta tra la misura della va-
« riazione della temperatura e la misura della variazione stagio-
« nale dei suicidi. Ma se l'aumento estivo è fenomeno generale, la
« misura di questo aumento non pare seguire alcuna norma nella
« sua variabilità da paese a paese e tanto meno pare essere in
« relazione diretta con la escursione termometrica, come a prima
« vista si potrebbe supporre. Dopo varii tentativi fatti per la misura
« di questa variazione e sui dati del Morselli e su quelli del
« Miner, sia considerando la differenza tra il mese di massima
« e quello di minima tendenza al suicidio come considerando lo
« scostamento medio nella distribuzione mensile dei suicidi, ho
« dovuto conchiudere, scrive sempre Bachi, che non pare si possa
« formulare legge alcuna riguardo alla misura della variabilità
« stagionale della temperatura, per esempio l' Italia ha il minimo
« scostamento e la Norvegia il massimo laddove la escursione ter-
« mometrica che è di 21.4 e Milano è di 21.3 a Cristiania ».

.˙.

Non sembri eccessivamente lunga questa citazione, che pone a raffronto dati di ricerca fondamentali per estensione di spazio e per profondità di tempo. L'ho fatto deliberatamente, perchè se, a traverso l'esperienza di due autori come Morselli e come Miner, ci affaccia ancora una volta la necessità di prudenza nella interpretazione dei rilievi, se ci fa vedere le incertezze di qualcuno di questi rilievi, se ci permette di scorgere la variabilità e, magari, l'incostanza di qualche altro, ci mette pure, con più forte sicurezza, di fronte ai dati, che si riflettono dallo specchio del tempo e che si allineano in modo di permettere anche qui la costruzione di un vero calendario. A compilarlo hanno, del resto, concorso non pochi altri autori. Segnare il nome di tutti è impossibile, ma, ad ogni modo, è doveroso far notare subito che, in questo contributo, appaiono di quando in quando elementi, che richiedono particolare valutazione. Più avanti la tenteremo. Ora, per non trascurare proprio tutte le citazioni, mi sia concesso rammentare qualche altro studioso. Ricordo così, tra i più recenti, Weichbrot, Goroncy Curt, Frömmer, De Fleury e, tra i più noti, Durkheim, Hellpach, Laccassagne che hanno trovato frequenti i suicidî in primavera ed estate, più rari in autunno ed inverno; A. Marie che, dallo studio di molte statistiche di ogni paese, conclude che i suicidî si producono più facilmente nei mesi e nei giorni più caldi; Descuret che ha visto più numerosi i suicidi in estate e primavera: Hoffmann e Ferrai che hanno riscontrato il maggior numero di casi in primavera ed estate e ciò sia per la Germania che per l'Italia.

A proposito del nostro paese (1) devo, per di più, far presente che riferendo (per uniformità di confronto e di valutazione con

(1) A lavoro compiuto, ricevo da Bonsegna un suo studio sul « Suicidio in Italia », dal quale si apprende che, considerando la distribuzione stagionale dei suicidî del ventennio 1898 - 1917, il primo posto è occupato dall'estate, cui seguono, in ordine decrescente, primavera, autunno ed inverno.

quelle degli A.A. già citati) soltanto le cifre grezze di uno studio di Niceforo sull'andamento del suicidio in Italia, nel triennio 1908 - 1910, si vede che le morti per suicidio sono avvenute in serie discendente come segue: Giugno, Luglio, Maggio, Agosto, Aprile, Marzo, Settembre, Febbraio, Ottobre, Gennaio, Novembre e Dicembre.

Passando quindi ad osservazioni concernenti singolarmente qualcuna delle nostre città, meritano subito attenzione quelle di Massarotti, che ha preso in esame i suicidi ed i tentativi di suicidio avvenuti a Roma trovando il massimo in relazione ai maggiori calori estivi ed un numero altresì rilevante nel periodo di maggior freddo. Il massimo caldo ed il massimo freddo sarebbero quindi, secono Massarotti, agenti eziologici importanti nell'estrinsecazione del suicidio. Rilievo questo che coincide con quello di qualche autore, ad esempio, con quello di Brière de Boismont, il quale aveva appunto richiamato l'attenzione sul fatto che gli eccessi — in basso ed in alto — di temperatura contribuiscono alla diffusione del suicidio. A prova di questo ricordava egli, anzi, che, durante la spedizione d'Egitto, l'aumento di temperatura provocò un certo numero di suicidi, come l'intesità del freddo, durante la ritirata di Mosca, determinò numerosi fatti dello stesso genere.

Leoncini, studiando, a sua volta, i suicidi consumati e tentati nel Comune di Firenze negli anni 1900 - 1915, ha trovato che, negli uomini, il numero dei suicidi diminuisce dal Gennaio al Febbraio, cresce rapidamente nel Marzo e nell'Aprile, e più lentamente nel Maggio e nel Giugno, in cui raggiunge il suo massimo, diminuisce rapidamente nel Luglio, si mantiene pressochè stazionario con lievi oscillazioni nell'Agosto, Settembre ed Ottobre, presenta un lieve rialzo nel Novembre, quindi abbassa per raggiungere il suo minimo nel Dicembre. Lo stesso autore, poi, ha trovato qualche leggiera deviazione di frequenza nelle donne, in confronto degli uomini. Il numero scende anche qui in Gennaio e Febbraio e sale

rapidamente nel Marzo, ma nell'Aprile presenta un abbassamento, cui segue la ripresa ascensionale per raggiungere il massimo nel Giugno; abbassa quindi, ma di poco, nel Luglio, mantenendosi livellato nell'Agosto: poi scende rapidamente nel Settembre e continua senza interruzione la discesa fino al Dicembre, mese che dà anche per le donne la cifra minima dei suicidi.

« La linea che segna l'andamento del numero totale, presenta « un lieve abbassamento dal Gennaio al Febbraio, una rapida ascesa « nel Marzo, una sosta nell'Aprile, quindi una nuova e sensibile « ascesa nel Maggio e nel Giugno, raggiungendo in questo mese « il punto più elevato, per scendere rapidamente nel Luglio e con- « tinuare più lentamente la discesa nei mesi successivi fino al Di- « cembre, nel qual mese tocca il livello più basso. Chi, osserva « Leoncini, confronti l'andamento della frequenza mensile del « suicidio, secondo risulta dalla statistica fiorentina del sedicennio « 1900 - 1015, con quello risultato al Morselli dalla statistica « italiana per il quattordicennio 1864 - 1877, non può a meno di « restar sorpreso della coincidenza quasi perfetta. Ora questa co- « stanza dell'andamento del fenomeno sul corso dell'anno, conser- « vantesi attraverso decenni, è, per Leoncini, la più esplicita « conferma dell'importanza che alle condizioni fisiche dell'ambiente « ed in primo luogo alla temperatura spetta nel determinismo del « suicidio; e dimostra sempre più come « le attività psichiche del- « l'uomo subiscano l'influenza delle leggi naturali non meno, e « forse più regolarmente, delle attività organiche (Morselli) ».

Conclusione questa della quale, dopo quanto abbiamo visto, appare oramai non azzardato riconoscere la giustezza, che (come abbiamo già accennato e come vedremo ancora) riceve pure dimostrazione dall'antropogeografia (Ratzel), la quale ce ne fa scorgere il significato nel dinamismo storico e nelle condizioni statiche dei popoli e che ci lumeggia interessanti modificazioni, che le azioni cosmiche in genere sanno indurre sia nel corpo sia nello spirito

dei singoli individui. Ricordando, frattanto, come, nella storia del suicidio, la Liguria tenga sempre un posto di prima linea (analogamente a quanto avviene per la pazzia) ho voluto portare un'indagine diretta in tale campo fermando a punto l'attenzione sull'andamento del suicidio nei riguardi delle azioni meteorologiche.

Ho preso perciò in esame le statistiche ufficiali dei suicidî (favoritemi dall' Ufficio di Igiene di Genova) per undici anni e precisamente per il periodo 1912 - 1922. Raggruppando sinteticamente il numero dei suicidi per i vari mesi ho trovato il massimo in Luglio con 86 casi ed il minimo in Dicembre con 52. A Luglio segue Giugno con 71, mentre Dicembre è immediatamente preceduto da Novembre.

Se guardiamo, quindi, il modo di comportarsi del fenomeno in relazione al sesso, troviamo per gli uomini ancora il massimo in Luglio con 60 ed il minimo in Dicembre con 25 preceduto da Novembre ed Ottobre, laddove vediamo a Luglio seguire Maggio con 51. Per le donne il massimo è dato con 27 casi da Giugno (cui segue Luglio con 26) ed il minimo da Settembre con 9 casi mentre Dicembre è al nono posto.

Ho stimato opportuno compiere un ulteriore controllo ed ho, per questo, seguito quotidianamente la cronaca dei giornali di Genova per registrare, in uno stesso tempo, tutti i suicidj ed i tentativi di suicidio. Ho fatto ciò per gli anni 1920 e 1921.

Di solito, nello studio del suicidio, i tentativi vengono del tutto trascurati; ma, a dir il vero, tra i vecchi autori non mancano esempii di indagine anche su questi ultimi. Basti ricordare quelle di Falret per il biennio 1917-18, che si riferiscono al dipartimento della Senna. In Italia nel passato (lo ricorda anche Leoncini) solo il Tagliabue ha raccolto per la provincia di Milano, dati in proposito fra 1869-70, per il che Morselli ha potuto (su questo punto) servirsi soltanto di statistiche straniere, tra le

quali anche oggi, in Inghilterra e Spagna, ve n'è di giudiziarie essendo il tentativo di suicidio passibile di azione penale.

Da pochi anni anche qualche città d'Italia (1) tiene, vicino a quella dei suicidii consumati, la statistica di quelli tentati e Leoncini nel lavoro, del quale prima abbiamo visto qualche elemento, s'è valso proprio della Statistica del Comune di Firenze, che, come quello di Milano e di Roma, dà pure l'indicazione dei tentativi di suicidio. Nella valutazione di questi ultimi, è evidente il bisogno di guardarsi dal pericolo delle simulazioni (Mayr), ma, per il significato statistico, oggi in verità possediamo sufficiente assicurazione nel controllo, che garentisce la sicurezza dell'apprezzamento per la complessività del fenomeno, anche se questo può aver qualche turbamento dalla presenza di qualche caso di non esatta competenza.

Ritornerò altrove su questo punto. Qui (tenendo presente che, nel nostro Paese, lo studio dei tentativi di suicidio è stato, più o meno ampiamente, tenuto in considerazione, oltre che da Leoncini, da Bachi, da Bodio, da Massarotti e Sacerdote) ricorderò solo che il metodo da me seguito è stato usato anche da Massarotti e Bodio, del lavoro del quale ho avuto conoscenza a ricerche ultimate. Chi, valendosi di statistiche italiane e straniere, è penetrato in maniera più ampia e profonda nell'esame del fenomeno è stato, comunque, Bachi, del quale riporto, anzi, la conclusione, che ci insegna come « la causa, qualessa « sia, che spinge a scegliere un mezzo o l'altro di morte, sia anche « la causa di aspetti del fenomeno che se ne crederebbero indi- « pendenti e come la facilità di togliersi la vita vada spesso con- « nessa con la facilità di non riuscire col tentativo ». Conclusione questa che è tale da legittimare pienamente l'utilizzazione dei dati che ho potuto raccogliere.

(1) G. Vidoni — Sui margini della guerra (pazzia, suicidio delitto), Giornale di Psichiatria Clinica e Tecnica Manicomiale, 1920.

Frattanto considerando, sotto il nostro punto di vista, questi dati risulta che il numero complessivo di suicidi fra i due sessi ha, anche qui, la cifra più alta in Luglio con 82 casi, mentre la più bassa trovasi in Dicembre con 36 casi, preceduta da Novembre con 37.

Dopo di che, potrei riferire in tabelle e grafiche tutti i varî elementi, ma (prescindendo dalle difficoltà di spazio), non mi par proprio necessario. É sufficiente, in vero, vedere sinteticamente che, per il periodo complessivo primavera-estate, la proporzione è segnata dal 69,2 per 100 La percentuale va riferita ai suicidi consumati (secondo le cifre del Municipio di Genova), avendo ritenuto troppo breve il periodo di un biennio per considerare, sotto siffatto aspetto, anche i tentativi. Ad ogni modo, non è inutile avvertire che, anche per questi, si nota prevalenza nel semestre primavera-estate, prevalenza che, invece, appare solo di poco superiore quando si considerino a parte gli anni 1915-1918, gli anni di guerra. In tale periodo la percentuale infatti è del 51 per 100 dei casi durante l'estate e la primavera.

Non discuto qui sulle relazioni del suicidio con la guerra. Ne ho già fatto cenno in altro luogo (1) e spero di poter ritornare più ampiamente sull'argómento. Basti ora osservare che l'influenza della guerra nel movimento del suicidio non può esser rimasta estranea nemmeno in rapporto alla materia del nostro studio. Ciò, del resto, traspare subito quando si rammenti che, vicino alle condizioni comuni per altre città, a Genova, durante la guerra ve ne sono state altre, tra le quali qualcuna quasi del tutto particolare, se non altro per la sua intensità (agglomero di maestranze operaie di ogni parte d'Italia, di numerosissimi profughi delle terre invase, di soldati e di malatii, di prigionieri e di ospiti; estensione del lavoro femminile; spostamenti di ricchezza; mutazioni di categoria sociale; etc.).

(1) G. Vidoni, l. c.

Tutto ciò non fu senza imprimere oscillazioni nel ritmo del suicidio, che (come ho accennato) vedremo in altro momento, ma che vanno anche adesso tenute ben presenti, perchè hanno esse influito ad abbassare la percentuale del periodo primavera - estate nella considerazione complessiva degli undici anni presi in esame. Escludendo, di fatto, da questi i quattro di guerra vediamo inalzarsi la cifra proporzionale già ricordata.

Ad ogni modo, scendendo a qualche altra considerazione particolare, anche nel periodo 1915 - 18 troviamo prima, con 36 casi, Luglio, cui segue Giugno. Alla coda, poi, questa volta è Ottobre con 18 casi, mentre Dicembre è rappresentato da 26.

Prima di prodedere, desidero fermarmi su qualche altro elemento, derivato da indagini che, a parer mio, si affiancano opportunamente con quelle riferite fino ad ora.

Ho voluto, infatti, praticare un confronto sul numero delle ammissioni avvenute nei manicomi della provincia di Genova durante i varî mesi degli anni 1921 - 22 - 23 e 24. Ho trovato così il massimo in Giugno con 425 malati ed in Luglio con 422, il minimo in Dicembre e Febbraio con un numero di ammissioni infe- del terzo.

Al di fuori del loro significato immediato, tali rilievi ne lasciano scorgere tosto un altro ben evidente quando si riporti l'attenzione sulle cifre messe in rilievo dalla nostra statistica sul suicidio, la quale ci ha isolato due punti principali e cioè un masssimo di suicidi in Luglio e Giugno ed un minimo in Dicembre.

Già Lombroso aveva fatto notare che tra il movimento delle malattie mentali e quello del suicidio il divario è piccolo, portando valido contributo ad un'osservazione ormai ripetuta più volte. « Tutti gli psichiatri, scrive Morselli, son d'accordo « sulla frequenza maggiore dell'alienazione mentale nella stagione « estiva, e questa legge vien confermata da tutte le statistiche dei « manicomi. E' vero che le ammissioni nei manicomi non rappre-

« sentano esattamente lo sviluppo della pazzia secondo le stagioni
« ed i mesi, poichè è raro che l'alienato vi venga introdotto al-
« l'iniziarsi della malattia; anzi, la maggior parte di quegli infelici
« vi è messa in cura, quando l'affezione si è da più o men lungo
« tempo radicata nel loro cervello. Ma intanto la legge accennata
« soffre così poche eccezioni da doverla accettare come punto di
« contatto fra il suicidio e la pazzia, sia perchè gli errori, se pur
« vi sono, lasciano sempre al complesso ingente dei casi osservati
« un relativo valore, sia perchè anche il suicidio non è quasi mai
« il primo ed improvviso sintomo della insorta aberrazione men-
« tale ».

Per questa ragione, volendo dare qualche esempio di indagini recenti vanno, di nuovo, segnalate quelle di Massarotti, che, valendosi per le malattie mentali, delle cifre di Giannelli ha pure notato, a Roma, un parallelismo quasi completo tra i due fenomeni, parallelismo che assume particolare significato essendo determinato a mezzo dati raccolti in uno stesso posto. Il medesimo valore, frattanto, assumono eziandio gli elementi da me riuniti, ai quali desidero ravvicinare ancora quelli di Peri, che abbiamo prima visto parlando degli infortuni sul lavoro.

Per quanto si riferisce al fenomeno in generale, veramente meritano di essere pure ricordati due altri punti, che, a traverso i fatti, rispecchiano ancora l'influenza della temperatura nel determinismo delle malattie mentali e del suicidio. Non sono, in vero, trascurabili le constatazioni stabilite intorno all'azione del clima tropicale sugli Europei immigrati, tra i quali nota Kraepelin che, secondo l'osservazione di Rasch, nel decorso degli anni si produce, gradualmente «rilassatezza, indifferenza, diminuzione della
« memoria, perdita della capacità di resistenza emotiva, irritabilità
« (collera tropicale, tropenkoller) e finalmente scomparsa dell'e-
« nergia ». Il complesso sintomatologico, interessante per sè stesso, assume, poi, speciale importanza quando sia ricordato vicino al-

l'andamento del suicidio nelle colonie (1). Scrive, ad esempio, Rogues de Fursac che il numero dei suicidi nelle truppe francesi ed inglesi residenti in paesi caldi è ben maggiore di quello delle truppe di guarnigioni europee. Le sue cifre lasciano scorgere che, mentre in Francia, si hanno 29 suicidi su 100.000 soldati, in Affrica se ne ha 69 e che, mentre nell'armata inglese, in patria la proporzione dei suicidi è del 23 per 100.000, nelle Indie, in vece, è del 48.

Suggestiva, oltre a ciò, è l'osservazione che il suicidio dei delinquenti, in carcere e fuori, segue, nei riguardi stagionali, le leggi di oscillazione che si notano in tutti gli uomini, segnando la prevalenza nell'estate (Lombroso).

Ritornando quindi alle mie constatazioni devo aggiungere che il maggior numero di stati di agitazione, osservati nel reparto del manicomio a me affidato, lo trovo in Giugno ed in Luglio, nei quali mesi pure coincide il massimo per gli accessi epilettici. Per questi ultimi un rialzo si riscontra pure in Gennaio, condizione che va rimarcata anche perchè nella scala mensile del suicidio, ho visto che Gennaio occupa il quinto posto, mostrando in tal modo, come la temperatura più bassa segni (analogamente a quanto è stato riscontrato in altri paesi) un'accentuazione nel suicidio pur rimanendo sempre lontana dal massimo dei mesi estivi. Circostanza questa che merita di esser messa ancora vicino all'altra che, nel calcolo delle ammissioni in manicomio, ci fa vedere Gennaio al sesto posto.

Per quanto, poi, si riferisce a relazioni tra fasi lunari, pressione atmosferica, etc. ed accessi di eccitamento e di convulsione è giusto ricordare, citandolo da Roncoroni, che Virgilio, nel resoconto sul Manicomio di Aversa, dopo aver rammentato che da « lungo tempo si è parlato di una certa corrispodenza fra gli ac-

(1) Ricordo pure che Cureau ha richiamato l'attenzione sull'influenza che, specie sugli europei, esercita il clima della zona tropicale anche nei riguardi del delitto.

« cessi epilettici ed il mutare delle influenze cosmiche », riferisce di aver, « per mezzo di un completo gabinetto metereologico, po-
« tuto registrare giornalmente, a lato delle cifre metereologiche,
« quelle degli accessi epilettici. Ma ci siamo accorti, conclude Vir-
« gilio, che le conseguenze, cui menano i dati clinici raccolti, non
« sono abbastanza sicure da meritare tutta la nostra confidenza ».

Dopo quanto, si è, fin dal principio, avvertito non si può non riconoscere opportuna, in questo campo, la riserva nell'accettazione e nella valutazione dei dati. Tuttavia non credo sia giusto estendere, oltre certi limiti, le conseguenze di tale riserva.

A prescindere, infatti, dalla circostanza che, come per il suicidio, ho potuto (l'abbiamo pur visto) raccogliere elementi, di realtà e giudizio, positivi nei rapporti tra temperatura e manifestazioni della pazzia, non ritengo si possa respingere, senz'altro, la compartecipazione di azioni meteorologiche nel determinismo delle espressioni morbose del sistema nervoso.

Se non ho sufficienti dati per poter formulare leggi generali, ho l'impressione (basata sul rilievo di fatti) che sia pur possibile determinarne per qualche categoria di malati ed ho risultati, comprovanti anche per me, che le oscillazioni della pressione atmosferica non rimangono senza effetto nei malati pur essendo diverso il modo di reagire dell'uno in confronto di quello di un altro.

Non raggiunge molto d'immediato questa constatazione. Lo so; ma, senza dubbio, essa indica un punto ben interessante d'indagine insegnandoci dove si debba dirigere l'ulteriore osservazione. Bisogna, in altri termini, anche qui cercare d' individualizzare l'osservazione più che di estenderla alla massa.

Per ragioni inerenti a cambiamento di posto nel mio servizio, non so se mi sarà concesso di poter istituire queste nuove ricerche, ma che possano dare qualche risultato me lo conferma il dottor May, cui mi sono rivolto per conoscere i suoi rilievi. « Ricordo (mi scrive egli « gentilmente, riandando con la memoria ai dati delle sue lunghe

« indagini) che le crisi motorie di fronte al variare della pressione « si comportavano in modo differente da ammalato ad ammalato. « Con le brusche elevazioni di pressione corrisponde un maggior « numero di accessi ed anche di stati crepuscolari però quasi sem- « pre in quei dati ammalati. In altro minor numero invece la ma- « nifestazione motoria e psichica (più rara questa) corrisponde a « depressione barometrica. In altro gruppo di ammalati nessun in- « dizio poteva dare la pressione, perchè le crisi non parevano mi- « nimamente essere influenzate dal cambiamento della pressione « ambiente. ».

Nei riguardi, poi, delle relazioni tra suicidio e pressione atmosferica a me pare di dover ammetterle, specialmente se si considerano in rapporto alle variazioni della pressione stessa. L'esame delle mie tabelle, pur assegnandole un posto di seconda linea, suggerisce tale conclusione, che, del resto, è fondamentalmente legata alla principale, vale a dire a quella, che segna le relazioni tra temperatura e suicidio. L'addensamento degli strati d'aria, cui si deve la pressione atmosferica, a condizioni pari di altezza dal livello sul mare, è infatti in rapporto diretto con le quantità di vapore acqueo ed il grado di calore. Se risente l'influenza dei venti per il fatto che i freddi ed asciutti fanno aumentare la pressione, mentre i caldi ed umidi la fanno diminuire, è vero anche che, per altri motivi, subisce variazioni nei confronti tra il giorno e la notte e che le oscillazioni diurne sono, di solito, più sensibili nell'estate.

Come vedesi tra pressione atmosferica e temperatura esistono correlazioni immediate, correlazioni che, per il nostro argomento, hanno maggior valore in quanto che è noto che la pressione atmosferica ha azione non trascurabile sul sistema nervoso e sull'organismo in genere. E' un punto questo, sul quale lo studio è stato oramai diretto più volte. Basti quindi averne fatto cenno.

Massarotti ha trovato che l'avvicinarsi della pioggia ed il passaggio del tempo bello al brutto aveva influito nei suoi casi

di suicidio, mentre ciò non avverrebbe nel passaggio del cattivo tempo al bello. « Se durante le giornate di bel tempo si osservano « recrudescenze suicide e mentali, allora, dice ancora Massarotti, « sono esclusivamente dovute alle temperature eccessive in massi- « ma o in minima, o alle brusche escursioni superanti quelle, che « corrispondono alla massima escursione media osservata per il « mese in osservazione... Il fatto notato da molti autori fra cui il « Villemaier che 9 su 10 suicidj succedono nei tempi piovosi « e coperti, è solo parzialmente vero; essendo stato da essi esa- « gerato il valore suicidogeno della nebulosità del cielo e della « pioggia. Lo stesso deve dirsi dei venti, ad alcuno dei quali si è « arrivato ad attribuire un'azione specifica sul sistema nervoso (1) e « su date malattie. Il Foissac racconta di un ipocondriaco, il « quale quando spirava vento di Est soleva ritirarsi in un mona- « stero, suicidarsi; mentre cessato quel vento ritornava ilare e « donnaiolo ».

Per quanto concerne le fasi lunari, nei miei dati, considerati però solo per i due anni 1920 e 21, nulla ho potuto stabilire. Ricordo che Chereau, in vece, ha trovato il numero più grande di suicidj tra il decimo ed il diciottesimo giorno lunare ed il più piccolo tra il dicianovesimo ed il ventitreesimo giorno. Nemmeno a Massarotti è riuscito determinare un' influenza qualsiasi tra ciclo lunare e suicidio. Avverte egli, per di più, che « anche « Morselli mette in dubbio tale influsso e solo parla di pro- « babilità, non avendo fatto ricerche speciali, di un aumento nella « luna calante, nel quale periodo secondo lo Schiapparelli « predominerebbero in ogni modo i tempi piovosi e temporaleschi ». Alla quale ipotesi è ben giusto avvicinare la constatazione di Lom-

(1) Non si può contestare l'importanza del vento nelle reazioni dei singoli individui. Ve n'è di quelli, che hanno particolare intolleranza ai varî venti e vanno soggetti a sindromi speciali (ciclonopatia) studiate specialmente da Maurizio Ascoli.

broso, che, come abbiamo accennato, ha trovato maggior numero di accessi epilettici a luna decrescente.

.·.

Prima di chiudere, è opportuno, sempre in rapporto col tempo, vedere qualche altro dato statistico. Apprendiamo così che, secondo Brièrre de Boismont, i suicidj si verificano con più frequenza nella prima decade del mese e che, per di più, la cifra maggiore che negli altri si trova nei primi due giorni. Dalla grafica dei suicidj di Massarotti si vede pure che il numero è più forte nei primi dieci giorni, che nei seguenti le cifre subiscono oscillazioni ed, in fine, che gli ultimi cinque giorni danno il numero più basso. Per conto mio, ho trovato (durante il biennio 1920-21) il numero più alto nella prima decade ed il più piccolo nella seconda. Morselli esponendo i dati di Brièrre de Boismont osserva non esser molto chiaro il fenomeno, il quale forse dipende dal fatto che nei primi dì di ogni mese « gli stravizii, le dissipazioni, le orgie, specialmente nelle grandi città, sono più numerose ». In linea generale, si può ripetere lo stesso anche oggi, aggiungendo tuttavia che siffatto modo di distribuzione del suicidio ha pure legami con altri motivi (riscossione di paghe, scadenza di impegni etc.).

Guerry ha portato l'attenzione anco sul ripartimento dei suicidj nei varii giorni della settimana ed ha trovato che il Martedì, il Giovedì ed il Lunedì sono quelli, che predominano sugli altri: meno funestati sono apparsi il Sabato, la Domenica ed il Venerdì. Per i miei casi, considerando in massa (uomini e donne) ho constatato al primo posto il Lunedì, cui seguono progressivamente discendendo Sabato, Giovedì, Martedì, Venerdì, Mercoledì, Domenica. Limitando il calcolo ai soli uomini, ho visto ancora restare al primo posto Lunedì, cui succedono Sabato, Venerdì, Giovedì, Martedì, Mercoledì, Domenica, mentre, per le donne, Lunedì (che è sempre al primo posto) è seguito da Martedì, Giovedì, Venerdì, Mercoledì, Sabato e

Domenica. A Roma, Massarotti aveva riscontrato, per gli uomini e le donne, che il massimo dei suicidj corrisponde al Lunedì mentre il minimo è rappresentato dal Sabato.

Tra i dati miei e quelli degli altri autori vi sono delle divergenze. Un punto però resta costante ed è quello che, in complesso, il suicidio si verifica al principio della settimana. La circostanza trova forse la spiegazione più vicina al vero in ragione psicologiche e sociali, facilmente intuibili e che anzi hanno, in parte, servito al Durkeim per mettere, nelle cause del suicidio, il fattore sociale al primo posto. (1) Ricorda, infatti, egli le maggiori preoccupazioni e difficoltà della vita, che si fanno sentire all' inizio del mese e della settimana, etc. E, nei riguardi del mese e della settimana, nessun dubbio che l' elemento sociale non abbia, come abbiamo visto anche prima, particolare valore. Durkeim però estende ulteriormente il suo apprezzamento. « Si les morts volon-
« taires deviennent plus nombreuses de janvier à juillet, scrive egli'
« ce n'est pas parce que la chaleur exerce une influence pertuba-
« trice sur les organismes, c'est parce que la vie sociale est plus
« intense... Il est vrai comment la vie collective peut avoir cette
« action. Mais on comprend dès à présent que, si elle renferme
« les causes qui font varier le taux des suicides, celle ci doit croître
« ou décroître selon qu'elle est plus ou moins active ». A tali osservazioni, tra gli altri, ha risposto già Maire dimostrando, tra il resto, come la spiegazione di Durkeim non risolve il problema, ma differisca soltanto la vera soluzione.

Non va quindi nemmeno trascurato un altro punto delle ricerche, vale a dire quello diretto a conoscere l' eventuale influsso determinato dalle ore sull'inclinazione suicida. Avverto subito che,

(1) In questo punto è da osservarsi altresì che all'influenza di cause « sociali » si deve pure probabilmente il prevalere del suicidio (constatato in Germania) tra i soldati in Gennajo e Febbrajo; cioè tre, quattro mesi dopo la chiamata alle armi.

nei miei casi, il predominio è tenuto dalle ore diurne; ma, nella ricerca, non mi è stato possibile riunire un numero sufficiente, in rapporto ad un maggior frazionamento della giornata. Brieire de Boismont e Morselli (calcolando quest' ultimo, su cifre di varii paesi) hanno pure verificato prevalenza del giorno, come hanno visto, per Roma, Massarotti e, per citare ancora un altro autore, Majer, che, su 100 suicidj, ne ha constatati 60 di giorno e 40 di notte.

Villemair, poi, ha rilevato il numero massimo dalle ore 6 alle 10; « ma ciò a nostro parere (osserva Massarotti) e per i dati della nostra statistica avviene sempre per i malati mentali, che si sa avere al mattino, e specialmente nelle ore dopo il risveglio, le maggiori sofferenze. Il Lombroso ha notato che gli accessi maniaci sono anche più frequenti il mattino », osservazione che mi sembra di poter completare con quella che, nei neuropatici ed in certi malati di endocrinopatie (1) non è raro rinvenire al mattino un « senso di stanchezza » più vivamente molesto che alla sera. Toulouse nota, inoltre, che il mattino i melanconici sono più inquieti e, dopo aver confermato che, in genere, gli alienati sono più agitati, dice pure che il suicidio dei pazzi avviene, di solito, al mattino. Guislain, d'altronde, notando che gli alienati diventano più calmi verso la sera e riconoscendo il rapporto direttamente funesto del calore atmosferico sulla pazzia s'era posto il problema se tale azione era dovuta proprio al calore o se non si dovesse imputare la maggiore intensità di luce.

Secondo Ganzer il problema dovrebbe esser risolto in favore della luce, la quale, più del caldo, svolge particolare influenza sul

(1) Geikie Cobb, mettendo in rilievo questo fatto negli ipotiroidei, ricorda che, secondo Hertoghe, a la tiroide spetta probabilmente la funzione di neutralizzare, durante la notte, le tossine formatesi nelle ore di attività. Questo però avverrebbe solo in condizioni fisiologiche normali, non verificandosi, in vece, la neutralizzazione se il soggetto è colpito da insufficienza tiroidea.

temperamento dei meridionali, su la pazzia, il suicidio, la criminalità, etc. E' interessante ricordare, inoltre, che Esquirol spiegava l'agitazione degli alienati esposti al chiaro di luna con lo influsso della luce, influsso che, in genere, a me sembra non si possa negare. Le sue varie colorazioni sono state, del resto, proficuamente studiate in rapporto a varie funzioni dell'organismo e dell'attività psichica ed i risultati hanno avuto, tra l'altro, conferma e schiarimento da osservazioni empiriche, quali, ad esempio, quelle date da frequenza di risse in opifici illuminati a luce rossa ed il diminuire e cessare delle stesse quando veniva cambiato il sistema di illuminazione. Anche Ballet riconosce il particolare valore delle varie tinte di luce sull'attività psichica e, volendo esser brevi, non si devono dimenticare i tentativi di Ponza di curare, a seconda dei casi, gli ammalati di mente con illuminazioni eccitanti o depressive. Constatazioni mie su la luce in rapporto all'agitazione mi confermano (devo dirlo) i vecchi rilievi, che non dovrebbero esser dimenticati nella tecnica manicomiale.

Questo modo di comportarsi dei malati di sistema nervoso di fronte a tali agenti fisici assume altresì significato per il raffronto con le osservazioni praticate sul suicidio. L'influenza della successione del giorno e della notte è, ad esempio, riconosciuta anche da Régis, il quale in proposito cita, dandovi importanza, pure i lavori di Pailhas. Secondo Toulouse, oltre che per l'oscurità, la notte agisce per modificazioni di temperatura e dello stato igrometrico, per la fatica del giorno, etc. Non sempre però la notte agisce calmando. E' noto che, nei malati comuni, non è raro trovare peggioramento nelle ore notturne e, per dire ancora di un caso, ben di conto sono i terrori notturni dei giovani neuropatici. Sono tutte circostanze queste, che hanno speciale riflesso in uno o in un altro caso di suicidio, ma con ciò, per quanto si riferisce alla distribuzione giornaliera dei suicidi va sempre tenuto presente che, in complesso, essa va parallela coll'attività degli affari, « con

« le occupazioni ed il lavoro, col rumore insomma, che caratterizza
« la vita della società moderna, e non già con il silenzio, la quiete
« e l'isolamento. Egli è, scrive Morselli, che i dolori dell'e-
« sistenza si fan più sentire, quando si ha sotto gli occhi lo spet-
« tacolo della felicità altrui; egli è che la notte, nella calma gene-
« rale che incoglie l'intera natura, pone il suicida isolato dal mondo,
« davanti al mistero tremendo dell'oltre tomba, o fa scendere sulle
« sue palpebre il ristoro del sonno, così necessario all'organismo
« vivente. Giustamente poi il Petit ed il De Boismont
« notano che l'influenza delle ore diurne si manifesta anche col
« predominio dei mesi, che posseggono le giornate più lunghe. Così,
« soggiunge ancora Morselli, tutte le influenze, che andiamo
« studiando, si concatenano, e si confondano in una sola eminen-
« temente sintetica ed efficiente, la dipendenza cioe dell'uomo dalla
« natura ».

∴

Virgilio che, come abbiamo accennato, credeva nell'astrologia ci ha tra l'altro, tramandato una magnifica trattazione dei segni prognostici del mal tempo desunti dagli animali, cha, nel suo magnifico commento delle "Georgiche", Ulpiani interpreta in modo veramente degno del poeta. « Le giovenche (egli traduce) dilatano le narici — le gru fuggono nelle valli — le rondini volano attorno ai laghi — la formica «tectis penetralibus extulit ova» — le rane gracidano — gli uccelli marini si spruzzano l'un l'altro — la cornacchia chiama la pioggia », ecc. Particolarmente descritte, nota ancora Ulpiani, sono le variazioni del volo e del canto dei corvi, e di esse, come in generale del comportamento degli animali di fronte alla variazione del tempo, Virgilio dà la seguente spiegazione fisiologica:

Haud equidem credo, quia sit divinitus illis
Ingenium aut rerum fato prudentia maior;
Verum, ubi tempestas et coeli mobilis umor.
Mutavere vices, et Iuppiter umidus Austris
Denset, erant quae rara modo, et quae densa relaxat,
Vertuntur species animorum, et pectora motus
Nunc alios, alios dum nubila ventus agebat,
Concipiunt: huic ille avium concentus in agris,
Et laetae pecudes et ovantes gutture corvi » (1).

Dopo molti secoli Fabre dava conferma a Virgilio con la specifica segnalazione di «animali barometri», animali, che non erano sfuggiti alla conoscenza empirica degli agricoltori. Siffatta conoscenza, per di più, era ancora quella, che ha costantemente alimentata, per non poco, la speranza di poter raggiungere una dimostrazione soddisfacente delle reazioni, che l'uomo ha sempre osservato su sè stesso di fronte ai fenomeni atmosferici, speranza che, a seconda dei momenti e delle tendenze scientifiche, ha assunto vesti diverse ed aspetti molteplici. L'abbiamo ben visto a traverso la rapida scorsa fatta nella storia come abbiamo pure sentito la realtà dei fatti a traverso constatazioni altrui e proprie. E' lecito, dunque, parlare di una sensibilità meteorica, di una sensibilità, per dirlo in altre parole, alle vicissitudini atmosferiche e telluriche. Tale « sensibilità è assai ridotta nei così detti normali « e oramai limitata ad alcuni individui, che appunto si dicono ner- « vosi, perchè sono abnormemente suscettibili a codeste influenze « dell'ambiente fisico ». Così scrive precisamente Carrara, il

(1) « Io per me non credo, perchè un'intelligenza sia (data) ad essi « per virtù divina o una maggior facoltà di prevedere le cose per sem- « plice caso, ma, quando la temperatura e l'umidità variabile dell'atmo- « sfera hanno mutato corso e Giove umido addensa con lo Scirocco « ciò che era prima rarefatto e dirada ciò che (era) condensato, le disposi- « zioni degli animi si cangiano e i cuori sentono ora alcuni ora altri « affetti, mentre che il vento spingeva le nubi: di qui ha origine quel « cantare insieme degli uccelli per la campagna e il bestiame allegro « e i corvi gracchianti colla gola (col loro verso gutturale) ».

quale soggiunge che « forse per questa stessa condizione pressoc-
« chè patologica, è molto più diffusa tra i criminali: lo dimostrano
« le cifre statistiche, che l'attestano in 35 sopra 122 individui esa-
« minati: al variare delle condizioni atmosferiche, o poco prima, essi
« soffrono di cefalee, di irritabilità, di eccitamenti a violenze » (1).

Che la patologia umana risenta, poi, l'influenza del clima e della stagione per non pochi punti è troppo noto per fermarci in proposito. Così credo non occorra estenderci in esempi per far menzione dell'influsso esercitato dalle manifestazioni metereologiche e cosmiche, in genere, su tutta la vita vegetale ed animale. La fisiologia comparata non è, davvero, qui povera di conquiste e non è sorda di fronte

. . . . i cori
che vanno eterni fra la terra e il cielo.

Dopo di che, senza entrare nella discussione su le dottrine, che mettono le variabilità della specie in rapporto all'impulso di forze interne, non si può (riallacciandoci a quanto abbiamo visto nelle pagine precedenti) non riconoscere che l'ambiente fisico esterno non rimanga senza influenza su l'uomo. Interesse non piccolo hanno così le osservazioni, che fanno vedere come i discendenti degli immigrati in America (indipendentemente da incroci) mostrino tendenza a modificare i propri caratteri: il loro indice cefalico, ad esempio, si avvicinerebbe sempre più a quello degli indigeni. Non va quindi dimenticato che l'indirizzo, che domina oggi in medicina offre nuovi

(1) Scrive De Sanctis essere « indubitato che certi individui neuropatici e una gran parte di alienati risentono in modo esagerato i cambiamenti meteorici, tanto da coincidere alcuni periodi di insonnia e di inquietudine, alcune crisi di agitazione, come alcune poussées di criminalità con certe ore del giorno, con certi mesi, o stagioni dell'anno (Lombroso e sua scuola). E' stato dato nome di sensibilità o senso meteorico appunto alla capacità di subire cangiamenti morbosi fisiologici e psichici sotto l'influenza delle varie vicende cosmiche, telluriche, ecc. ». Dopo di che non è fuori luogo aggiungere che io ho notato diminuzione della capacità attentiva, aumento di instabilità, etc., in corrispondenza di mutazioni meteorologiche, in allievi delle scuole per anormali.

mezzi per spiegare differenze somatiche e psichiche delle varie razze, differenze che sono state, a punto, esaminate, con risultati promettenti, al lume delle nuove conquiste endocrinologiche.

Per non diffonderci troppo, ci sia lecito vedere riassuntivamente solo qualche punto servendoci di quanto, in proposito, dice un Maestro illustre. A titolo di esempio, accenniamo così, con P e n d e, soltanto alla « grande frequenza con cui s'incontra l'« ha-« bitus » ipertiroidico nei popoli, che vivono nel mezzogiorno, e più « propriamente lungo le coste del mediterraneo e nelle isole, « habi-« tus » riconoscibile dal tipo slanciato, dai capelli e sopraccigli folti « e scuri, l'ottima dentatura, l'intelligenza e sessualità precoce, la « grande emotività ed impulsività: tipo meridionale che, nel delitto, « si caratterizza ancora, secondo il N i c e f o r o, per la tendenza « ai delitti d'impulsione, passionali, sessuali. 'E' da porsi il quesito « se questo « habitus » non sia legato all'azione eccitante sulla glan-« dola tiroide (e sulle genitali) del clima caldo, dei raggi solari, « del cuore. Già Ippocrate conosceva l'influenza del clima sulla po-« tenza sessuale e, per il tramite di questa, sull'« habitus » e sul tem-« peramento di un dato gruppo etnico, quando descriveva gli abi-« tanti dell'antica Scizia viventi quasi sempre a cavallo sotto un « clima boreale, ed in gran numero colpiti da quella che noi di-« ciamo oggi « sindrome ipogenitale od eunucoide » — torpore psichico, « frigidità, impotenza, scarsa fecondità, femminilismo negli uomini, « adiposità o virilismo nelle donne, amenorrea, ecc. Anche sulla « glandola tiroide, come sulle genitali, noi crediamo (dice P e n d e) « che i climi freddi, e d'alta montagna, agiscano come moderatori « della funzione: il che spiega la grande frequenza di fatti di ipo-« tiroidismo negli abitanti di paesi montani (astraendo dalla fre-« quenza in molti paesi ed alpini, dell'endemia gozzo cretinica). Il « K e i t h recentemente ha sostenuto l'importanza delle glandole « endocrine nella determinazione delle varie razze umane: egli am-« mette una razza di tipo iperipofisario (europea), una di tipo ipo-

« tiroideo (mongolica), una di tipo surrenalinico (negra). Il B o l k « ha attribuito alla evoluzione delle glandole endocrine il progresso « filogenetico dalla scimmia all'uomo. Anche lo studio dell'influenza « delle abitudini elementari sulle glandole endocrine, nei varî po- « poli e gruppi etnici della terra, contribuirà forse ad illuminare « meglio questo interessante problema delle variazioni endocrine « in rapporto alle variazioni etniche morfologico - fisiologiche: poi- « chè sappiamo già l'influenza eccitante a certe dosi ed atrofiz- « zante a dosi eccessive, che hanno alcuni alimenti (carni, pesci, « alcool) su alcune glandole endocrine (tiroide, genitali); e l'in- « fluenza deprimente di altri elementi (dei vegetali, della birra per « esempio, sulla tiroide e sulle glandole genitali; dello zucchero e « dei corboidrati sul pancreas): donde è possibile indurre che l'a- « buso abituale di certi alimenti da parte di alcuni popoli debba « determinare anche speciali atteggiamenti funzionali, trasmissibili « per eredità, del sistema endocrino, capaci di spiegarci alcune par- « ticolarità dell'habitus e del temperamento dei popoli stessi. Il » T a n d l e r, il W e i l ed altri ammettono che le influenze am- « bientali determinano modificazioni costituzionali acquisite tras- « missibili per eredità agendo sulle glandole endocrine, sopratutto, « secondo T a n d l e r, per il tramite delle cellule del testicolo e « dell'ovaio ».

Quale sia l'azione dell'apparato endocrino su la morfologia, la fisiologia e la patologia non mi indugio ad illustrare oltre. L'ho fatto, del resto, con ampiezza sufficiente in altro luogo (1) ed a questo mi richiamo soltanto per affermarne anche qui l'importanza, importanza, che mi è pure apparsa studiando le basi organiche del suicidio, nella quale occasione ho creduto anzi di poter segnalare particolarmente il valore che i fattori metereologici e cosmici pos-

(1) G. Vidoni, « Valori e Limiti dell' endonicrologia nello studio del delinquente », Bocca, Torino, 1923.

sono avere nel determinare certi casi (1) di suicidio causando, a seconda degli individui e delle gliandole, modificazioni in più od in meno della particolare attività funzionale.

L'ipotesi è stata accettata da altri (cito, ad esempio, Gina Lombroso, Nicotra e Leoncini) ed a me sembra che i più recenti studii la confermino vie meglio. Senza pretendere di servire per tutti i casi essa getta, altresì, luce su altri fenomeni fisio e patologici, che abbiamo visto seguire, più o menò regolarmente, una distribuzione stagionale (funzionalità sessuale, pazzia, accessi convulsivi, criminalità, etc.), per i quali non di rado è lecito invocare rapporti tra le varie stagioni ed i conseguenti mutamenti ipo ed iperfunzionali del sistema endocrino. Sappiamo, infatti, che al ritmo delle stagioni seguono parallelamente oscillazioni dell'equilibrio ormonico. Hart, Adler, Steinach, Kammerer, etc. hanno insistito sull'influenza della temperatura sulle glandole a secrezione interna e Moro, come ricordano Rondoni e Leoncini, chiama la primavera « la stagione delle secrezioni interne ». In primavera ed in estate sembra che preponderino gli ormoni tiroidei e genitali, gli ormoni eccito-catabolici e stimolatori della crescita in lunghezza dell'organismo il che chiarirebbe le osservazioni di Malling Hansen (alle quali abbiamo accennato in principio), mentre questi stessi ormoni « subiscono (è Pende che scrive) una depressione funzionale nell'in-« verno, depressione poco dimostrabile nei paesi a clima temperato « (in questi è dimostrabile nei soggetti con meiopragia tiroidea e

---

(1) Cevidalli, or è poco, riconosceva la prevalenza del suicidio in primavera e nell'estate e faceva osservare che in tale periodo « il dolore interno riesce doppiamente grave pel contrasto con la letizia del mondo esterno »; soggiungeva però che « è forse meglio pensare all'azione tonica del freddo e all'azione deprimente che, in molte categorie di persone, esercitano la primavera e l'estate, di cui è frequente effetto la diminuzione dell'appetito, ecc. ».

« genitale), mentre è evidentissima nei climi glaciali (1) ». Nozione comune è poi la particolare sensibilità al freddo degli ipotiroidei, i quali, tra l'altro, hanno non di rado tendenza a cefalea, che si fa sentire specialmente nelle ore del mattino. Merita, infine, tener pur presente che è stato in genere messa in rilievo anche una funzione ormonica nictemerale, per la quale risulta che di giorno predomina il gruppo glandolare eccitocatabolico e simpaticotropo, mentre nella notte prevale il gruppo eccitoanobolico e parasimpaticotropo. Variazioni queste ultime che non è fuori di posto ricordare vicino alle antecedenti anche nei riguardi immediati (2) del suicidio sia per il significato loro diretto, sia per le modificazioni di funzione, che si accompagnano alle eventuali anormalità delle varie glandole (3).

(1) « Sappiamo, scrive inoltre Pende, come l'influenza delle stagioni è netta sulla ricchezza di jodio della tiroide degli animali domestici (Fenger), e come, mentre la massima ricchezza in lunghezza del corpo si ha in primavera ed estate, la crescita del peso, con minimo aumento della statura, si ha in autunno e inverno. Anche la forza muscolare varia nelle varie stagioni, e sembra più elevata nei mesi freddi, cioè quando l'attività genitale è più bassa (Schyyten); non sappiamo se ciò sia in rapporto con un aumento invernale di attività dei surreni ».

(2) A proposito dell'intervento del sistema endocrino (richiamando quanto ho detto in altro luogo) non va dimenticato che esso deve esser tenuto presente sia perchè lo studio delle condizioni organiche dei suicidi ha dimostrato pur esistenza di condizioni dovute a particolar modo di essere dell'uno e dell'altro gruppo di ghiandole a secrezione interna, sia perchè queste ghiandole possono essere alterate per cause tossiche od infettive ed anche per ragioni neuropsichiche (emozioni, preoccupazioni, dispiaceri, etc.), condizioni che non vanno trascurate nella storia dei varii suicidi.

(3) Nel correggere le bozze, desidero riferire quanto, in una lezione tenuta in questi giorni, ha detto Pende studiando il comportamento del sistema nervoso vegetativo in rapporto ai fenomeni clinici notturni. « La notte, insegna egli precisamente, è la fase dell'anabolismo e quindi del parasimpatico, il giorno la fase del catabolismo, del dispendio di energia, della lotta contro il mondo esterno, quindi la fase di azione del simpatico. Di notte fisiologicamente siamo tutti parasimpaticotonici, ed ecco perchè tanti fenomeni morbosi che non possono manifestarsi senza un eccitamento del parasimpatico, sono ad opposizione od esagerazione notturna. Ciò dicasi delle varie forme di accessi asmatici, dell'asma

* * *

Giunti qui sarebbe davvero dar prova di ingenuità se si volesse riportare unicamente alle cause prospettate nelle pagine precedenti il suicidio. E' questo, infatti, un fenomeno, nel quale il complesso dei fattori è largo e profondo, investendo esso ragioni sociali e risentendo di quelle individuali, ai quali due ordini di elementi devono esserne aggiunti pure altri a maggior sfondo ambientale. Alla conoscenza di questi ultimi è, anzi, diretta la ricerca dei rapporti tra condizioni cosmiche e suicidio. Non è, poi, detto che tutte queste cause siano sempre afferrabili: per di più, nel fatto concreto, spesso una appare confusa con l'altra e non di rado impossibile ad essere districata.

Per questo, a mio parere, quanto si è visto nei riguardi delle influenze metereologiche deve, per il suicidio, essere inteso in un significato deterministico, che non indica tanto una « necessità » quanto una « tendenza », tendenza che, per intendere il fenomeno, ci insegna a non isolarlo, ma ad inquadrarlo, anzi, sempre più nello studio dell'individualità e dell' « humus » sociale, sul quale spero di poter particolarmente intrattenermi in altro momento.

bronchiale come dell'asma cardiaco e della dispnea tossico - renale, e degli accessi di angina pectoris e delle varie coliche e degli accessi di gotta, in cui molto verosimilmente interviene un eccitamento di vasi parasimpatici; e lo stesso dicasi di pavor nocturnus e di epilessia notturna, degli attacchi apoplettici, delle crisi di abbassamento pressorio, delle crisi di defervescenza febbrile e di sudore; e le erezioni e polluzioni notturne, e l'inizio frequente di notte delle contrazioni uterine del parto; e l'enuresi e la poliuria degli ipertesi e del rene grinzo; fenomeni tutti che sono legati alla notturna preponderanza del parasimpatico sul simpatico. Come d'altra parte sono dovuti alla preponderanza diurna del simpatico, fenomeni di acceleramento della frequenza cardiaca, d'innalzamento dell'ipertensione arteriosa, di esagerazione abituale di tutti i fenomeni febbrili. Nei pazienti neuropsicastenici, sopratutto al risveglio del mattino, talvolta anche di notte, il simpatico dominante, massime nei soggetti ad abito ipertiroideo, aggrava gli abituali fenomeni di malessere, d'eccitabilità, di senso di prostrazione, di deficit cerebrale, d'accelerazione folle del cuore, così caratteristici in questi soggetti, e che io (nota Pende) ritengo fondati sulla ipereccitabilità del simpatico unita o non ad ipereccitabilità del parasimpatico ».

Nel chiudere, non credo di esorbitare permettendomi un altro rilievo. Se è vero, con quanto siamo andati vedendo, che alle azioni meteorologiche, più che il significato di vere cause, vogliamo attribuire quello di condizioni è ancora vero che, con questo, non si viene a disconoscere la loro importanza. Tutt'altro. La distribuzione stagionale entra nelle « costanti » del suicidio, per cui il suo aumento, o la diminuzione, nelle varie stagioni oramai non ci sorprende. Si può dire, anzi, che il fatto è atteso. Indirizzare, frattanto, gli organi di assistenza sociale ad apprendere ed apprezzare questi dati può riuscire ben utile. Possono essi, invero, svolgere una proficua opera di educazione, che, nel caso concreto, può effettuarsi in un'attività veramente efficace e sboccare, quindi, in una vera azione profilattica. Ma questo pure vedremo in altro momento.

Manicomio Interprovinciale " L. Mandalari " di Messina
Diretto dal Prof. Dott. Guglielmo Mondio

SULLA PSICOSI CATATONICA ACUTA

per il Dott. ENRICO MONDIO

La questione della Catatonia — che sia essa, cioè, una entità clinica a sè; ovvero non sia piuttosto una varietà della Demenza precoce; — per quanto la maggior parte degli autori italiani e stranieri, abbia la tendenza di accettare la prima ipotesi, ciò non pertanto non può dirsi ancora oggi completamente risolta.

Fin da quando Kahlbaum, nel 1868, al Congresso di Insbruk, segnalò la Catatonia come una nuova entità morbosa, e, dopo qualche anno, pubblicò un'importante monografia sull'argomento, le discussioni ed i lavori in proposito, si susseguirono con assai frequenza.

Il Kahlbaum, (1) nella sua magistrale concezione, fece della Catatonia una forma clinica, in cui i sintomi si susseguirebbero con quelli della lipemania, della mania, della confusione mentale, dello stupore, per finire poi o nella guarigione o nella demenza.

Seguirono il suo concetto: Hecker, (2) Brosius, (3) Rust, (4) Kiernan, (5) Hammond, (6) Spitzka, (7) Neiser, (8) Tamburini, (9) Morselli E., (10) Ziehen, (11) Herver, (12) Bruce e Lewis, (13) ecc. Ma vi furono alcuni che l'accettarono con riserva, altri la combat-

terono, ed altri ancora che la modificarono. Fra quest'ultimi, il più noto è stato lo Schüle: (14) — il quale, mentre negò alla Catatonia il carattere di entità nosologica a sè, la definì poi una nevrosi della motilità a simiglianza dell'isteria o dell'epilessia; e, dal punto di vista psichico, una varietà del delirio allucinatorio acuto. Ma per non ricordare tutti quanti i numerosissimi autori che di un tale argomento si sono occupati, dal 1868 in poi, ci basti notare soltanto, che, mentre la forma di Kahlbaum è stata dapprima accettata, poi discussa e fin anco addirittura negata, è ritornata da parecchi anni a questa parte ad essere trattata nuovamente come forma distinta dalla demenza precoce catatonica, nella quale anche il Kraepelin, (15) con Hecker, Neisser ed altri, l'avea inclusa.

Ritorna essa forma, quindi a conquistare una certa indipendenza, cercando sempre più di riaffermarsi come forma autonoma, sopratutto dopo i frequenti e pregevolissimi lavori venuti alla luce in quest'ultimo quarto di secolo (E. Morselli, Tamburini, Ilberg, (16) Ossipoff, (17) Schott, (18) A. Morselli, (19) Patini e Madia, (20) Arr. Tamburini, (12) De Sanctis, (22) ecc.).

Ma la discussione e la partecipazione di tanti autori a trattare un simile argomento, mentre si è, a preferenza, fermata sulla sintomatologia di questa forma morbosa, allo scopo di poterla ben distinguere, come i più oggi ritengono dalla Catatonia della Demenza precoce: dall'altra parte non si è trascurato nella discussione sopracennata di intrattenersi ancora, della prognosi, degli esiti, ecc. della forma in esame. Volendo financo alcuni voler distinguere dall'esito, a cui perviene ordinariamente la forma di Kahlbaum, la vera sua differenziazione.

Così Fuhrmann, (23) nel suo trattato, ascrive alla demenza precoce catatonica quei due terzi dei casi che terminano nella demenza; — ma ne stacca, invece, quelli completamente guaribili, che seguendo il concetto di Kahlbaum, giudica Catatonia pura.

Ammettendo, quindi, l'esito come criterio diagnostico principale, tra la demenza precoce catatonica e la catatonia. Non solo: — ma lo stesso Fuhrmann nel predetto trattato aggiunge ancora « che la Catatonia pura di Kahlbaum, di prognosi fausta, pure presentando una serie di stati vari e mutevoli: fasi simili a quelli della malinconia e della mania, periodi di stupore con negativismo e rigidità muscolare, che si alternano con altri analoghi a quelli dell'eccitamento catatonico; — il decorso poi raramente supera la durata di un anno. « Aggiungendo ancora che per essere soltanto pochi casi quelli che possono ancora guarire dopo questo periodo di tempo è prudente, in tutti i casi di Catatonia, astenersi da un giudizio definitivo prima di un anno almeno dal decorso ».

Del resto, anche a proposito degli esiti le opinioni degli autori ricordati e non ricordati sono assai diverse e spesso contrarie tra di loro, anche fra quelli che ammettono la Catatonia distinta dalla demenza precoce.

Cosichè, per non andare alle lunghe, diciamo, con tutta sicurezza, come, tutto quanto riguarda l'argomento in esame, è ancora assai incerto e contradittorio. Difatti chi afferma la Catatonia guaribile e chi no; — chi ne riconosce il ciclo già notato da Kahlbaum e chi invece lo nega; — chi ne fa un sintoma delle più diverse psicosi e chi, invece, la dice una entità clinica autonoma, ecc.

E' certo, pertanto, che la quistione clinica è sempre aperta, e solo col moltiplicarsi delle osservazioni si potrà giungere ad una soddisfacente soluzione.

Ecco perchè, essendo capitato sotto la mia indagine il caso di un giovane, il quale presentava vari sintomi e varii punti di contatto con la catatonia pura, mi sono indotto di farne oggetto della presente pubblicazione.

STORIA CLINICA

F. Francesco, di anni 31, da Naso (Provincia di Messina) di genitori consanguinei, ha il padre vivente e sofferente per convulsioni epilettiche, mentre la madre è morta per emorragia cerebrale.

Oltre a ciò ha una sorella frenastenica ed emiplegica, ed un fratello ed una seconda sorella viventi e sani, sebbene di costituzione assai gracile.

Null'altro di notevole nell'anamnesi familiare prossima o remota.

Il nostro esaminando ha sofferto da bambino le comuni malattie esantematiche; — ma, adulto per quanto di costituzione gracile, non sofferse malattie di sorta.

Non ha contratto mai malattie veneree o sifilitiche; — soltanto è stato un discreto bevitore.

Nel 1917, chiamato alle armi, dopo breve periodo di istruzioni, venne inviato al fronte, con un reggimento di fanteria di linea. In principio diede notizie di sè e prese parte a diversi fatti d'arme, poi non si fece più sentire dai suoi familiari; — finchè nel maggio del 1921 fu trasferito dal Deposito Speciale di Padula al Manicomio di Aversa.

Mancano notizie precise circa l'inizio della forma morbosa che ci occupa. Sembra che abbia dato segni di squilibrio mentale, con mutacismo ostinato, in seguito a *schoc* psichico per scoppio di granata.

Nel Manicomio di Aversa ove era stato ricoverato nel maggio del 1921, rimase degente fino al maggio del 1923; — epoca in cui è stato trasferito al Manicomio di Messina.

Durante il periodo di degenza ad Aversa è stato per due anni senza pronunciare sillaba alcuna, con fisionomia rigida e tipico atteggiamento catatonico, da cui era impossibile distoglierlo.

Negli ultimi tempi in cui dimorò ad Aversa, quando si cercava di distoglierlo dalla posizione di rigidità, col raddrizzargli alcune membra, eccitando così dolore fisico, si riusciva a fargli pronunziare qualche parola; ma ciò per poco; — perché subito dopo, sottentrava la solita fissazione statica (fenomeno di negativismo), ed egli ricadeva nel mutacismo ostinato ed incoercibile con intensa rigidità catatonica.

Per desiderio della famiglia il nostro paziente F. Francesco il 9 maggio del 1923, come sopra è stato detto, viene inviato al Manicomio di Messina.

a) **Stato presente**

Esame antropologico: — Costituzione fisica debole; sviluppo scheletrico-muscolare mediocre; stato della nutrizione scadente: — mucose visibili sbiadite. Statura: m. 1,59; — grande apertura delle braccia: 1,58.

Il cranio è a tipo brachicefalo; — la fronte stretta e leggermente sfuggente. Alla faccia notasi i zigomi molto sporgenti. Il collo è piuttosto esile; il torace simmetrico; l'addome normale.

I muscoli degli arti sono flaccidi ed ipotrofici.

La cute è sottile, e sollevabile in pliche.

b) **E ame delle funzioni della vita vegetativa**

All'osservazione del cuore riscontrasi i toni della punta manifestamente duri, quasi metallici. La punta è un po' spostata in fuori. Il numero delle pulsazioni radiali è di 75 al minuto primo. La respirazione è normale in tutto l'ambito toracico: 18 atti al minuto primo.

La lingua è fortemente impatinata e l'alito fetido, le funzioni intestinali torpide, con stitichezza ostinata.

Nulla di speciale riguardo alla temperatura ed alle secrezioni.

c) **Esame delle funzioni della vita di relazione**

Sensibilità — Non è possibile fare un esame della sensibilità, dato lo stato di negativismo e mutacismo assoluto in cui versa l' infermo in esame.

Motilità — La faccia ha la caratteristica espressione della *facies paralitica*; rigida in sommo grado. La stazione eretta e la deambulazione sono impossibili; non riuscendo a far lasciare all' infermo quella sua posizione stabile di raggomitolamento su se stesso.

Riflessi — Tutti quanti più o meno indeboliti.

d) **Esame psichico**

Non potendo, l'infermo in esame, stare in piedi, resta a letto in rigida posizione statuaria: coricato per lo piu su di un lato con le co-

scie flesse sul bacino e le gambe sulle coscie; — il tronco arcuato, la testa abbassata sul petto e gli occhi chiusi, — e se si cerca di muoverlo, ripiglia poco dopo il primiero stato, con la notata ed identica immobilità.

L'espressione della faccia, come si disse, è rigida nè alcun rumore o voce riesce a scuoterlo da quella completa apatia: — egli è del tutto estraneo all'ambiente ed a tutto quanto lo circonda.

Non chiede mai da mangiare o da bere; e quando si cerca d'imboccarlo, stringe così fortemente le labbra da rendere vano ogni tentativo. Per tanto bisogna alimentarlo con la sonda esofagea; il che è molto laborioso, tenendo conto del completo negativismo da cui è preso permanentemente l'infermo.

Malgrado il suo accentuato stato catatonico, si può constatare che egli dorme poco la notte, pur restando sempre nell'immobilità assoluta sopra notata.

DIARIO MANICOMIALE:

30 Giugno 1923 — Persiste lo stato di completa apatia: l'infermo giace in letto con le ginocchia semiflesse, con gli avambracci flessi sui bracci, i pugni serrati, gli occhi spasticamente chiusi. Il negativismo é intenso e si manifesta nella sitofobia e nella ritenzione di urina e di feci. L'alimentazione vien fatta quindi con la sonda esofagea.

31 Luglio 1923 — E' sempre in uno stato di catatonismo assoluto: — immobile, mutacista, negativista, sudicio: — per la sua immobilità è minacciato da piaghe di decubito.

31 Agosto 1923 - Non si riesce a farlo distogliere dalle permanenti pose statuarie; — sta sempre con gli occhi chiusi, insensibile a qualunque richiamo: — mutacista e sitofobo. Le condizioni organiche sono scadenti; — è denutrito ed oligoemico.

30 Settembre 1923 — Dopo diversi mesi di completa inerzia fisica e psichica, da qualche giorno si nota ora nel paziente un miglioramento. Difatti, per quanto lo stupore catatonico, continua, si è, ciò non per tanto, ottenuta qualche remissione. Permane, però, sempre il viso contratto e le labbra soltanto raramente accennano ora a muoversi come se l'infermo volesse dire qualche parola.

31 Ottobre 1923 — E' sempre negativista, ma le accentuate pose statuarie sono meno evidenti.

30 Novembre 1923 — Se si stende ora un arto dell'infermo, questi lo tiene poi per un pezzo senza cercare di ripigliare la primitiva posizione. La rigidità muscolare è diminuita. Si seguita, ciò non per tanto, ad alimentarlo con la sonda, — pur riuscendo qualche volta a fargli ingoiare qualche cucchiaio di cibo. Di tanto in tanto lo si sente borbottare fra i denti qualche parola sempre incomprensibile.

31 Dicembre 1923 — Persiste ancora il negativismo ; — ma è cessata la ritenzione di urine e di feci. Oltre che, qualche volta, dovendo soddisfare qualche bisogno corporale, emette delle grida.

31 Gennaio 1924 — Da qualche giorno si è riusciti a farlo stare in piedi e poscia a fargli eseguire dei passi nel cortile. Ora, generalmente sta seduto, immobile, — assumendo le solite pose statuarie, non sempre durevoli, come in passato. Si riesce, ora, invece a farlo mangiare senza ricorrere più al sondaggio. Continua a manifestare insistenti delle illusioni.

28 Febbraio 1924 — E' migliorato; — ma vi persistono ancora gli atteggiamenti catatonici. Pronuncia adesso delle parole a voce bassa, per quanto sconnesse ed incomprensibili. Si riesce a farlo mangiare qualche volta da sè, malgrado resti sovente con il cucchiaio per aria e con lo sguardo immobile e senza espressione. Persistono sempre le illusioni.

31 Marzo 1924 — Chiede spontaneamente da mangiare e da bere; — domanda da fumare; — è più ordinato e pulito. Presenta sempre manierismo, verbigerazione, negativismo ed illusioni.

30 Aprile 1924 — Seguita a mostrare insistenti le illusioni, scambiando il personale di custodia per i suoi familiari. Ha presentato a volte brevi periodi di irrequietezza. Il negativismo è diminuito. Mangia spontaneamente.

30 Maggio 1924 — In questi giorni ha ricevuto la visita di alcuni parenti; — ha mostrato di riconoscerli, dicendo loro qualche parola meno incoerente del solito. Persiste ancora il disordine nell'ideazione e nel linguaggio.

30 Giugno 1924 — Per alcuni giorni è ricomparso uno stato di stu-

pore catatonico, che poi è nuovamente scomparso. Ad eccezione di brevi momenti, in cui assume le primiere pose statuarie, ora si muove abbastanza regolarmente, pur presentando spesso, manierismi, paramimie varie ed illusioni.

31 Luglio 1924 — E' notevolmente migliorato: — soddisfa difatti, regolarmente le funzioni della vita organica; — rivolge spontaneamente delle domande; — risponde, in qualche modo, alle interrogazioni che gli si rivolgono, per quanto spesso bisogna ripeter le domande e concedergli un certo tempo per raccogliere le idee e pronunciare così delle frasi.

31 Agosto 1924 — Adesso si mantiene sempre tranquillo; più ordinato negli atti; ed anche più sveglio; per quanto usi ancora un linguaggio imperfetto, perchè con frasi spesso monche. All'interrogatorio si mostra a volte esitante, come se non avesse inteso bene la domanda.

30 Settembre 1924 — Persiste il miglioramento riscontrato nei mesi scorsi; — miglioramento lento, ma graduale.

Parla, adesso, spontaneamente, per quanto molto brevemente. Pronuncia qualche frase di indole militare; ma spesso ancora scambia le persone di custodia con i suoi ex commilitoni.

31 Ottobre 1924 — Assume ora raramente delle pose statuarie: — mentre i suoi movimenti hanno acquistato un ritmo quasi normale. C'è ancora una lieve apatia fisica ed un certo torpore psichico; che si esplica nella povertà del linguaggio, nella scarsezza dell'ideazione e nella deficienza della memoria. Ma, dall'altra parte, i sentimenti affettivi sono abbastanza ridestati ed evidenti. Egli, difatti non solo ricorda con piacere i suoi familiari, ma lo si vede chiaramente e facilmente eccitarsi, col rivelare nell'espressione del volto, così indifferente pel passato, un palese interessamento, ogni qual volta di essi gli si parla.

30 Novembre 1924 — Il miglioramento si nota ora accentuarsi con una certa rapidità. E' piuttosto lucido, affabile, premuroso e gaio. S'intrattiene a conversare con assai piacere e soddisfazione. Per quanto si osservi in lui una certa durezza nel dare la mano od in altri speciali movimenti; — durezza che ricorda la rigidità catatonica di già sofferta; ciò non per tanto, la spigliatezza dei modi è in generale, di molto e notevolmente progredita da raggiungere quasi il normale. Desidera vi-

vamente di andare a casa, per rivedere il padre, il fratello e la sorella.

Viene dimesso il 20 Dicembre del 1924, dopo oltre un anno che era stato internato nel Manicomio di Messina.

Era scomparsa, quasi del tutto, quella lieve durezza nei movimenti, ammorbidendo il suo tratto; — era scomparsa ogni traccia di illusioni, che sino al mese scorso comparivano ancora di tanto in tanto. Si era manifestata una certa attività, desiderando, perfino di lavorare.

⁂

Nell'osservazione sopra esposta abbiamo rilevato i seguenti sintomi principali:

a) — l'età giovanile e l'ereditarietà accentuata;

b) — il periodo prodromico oltremodo depressivo, con mutacismo ostinato;

c) — il successivo e lunghissimo stato di stupore catatonico, con persistente negativismo, frequenti pose statuarie, prolungata sitofobia;

d) — la mancanza completa di allucinazioni, sia al principio che in tutto il resto della durata del processo morboso;

e) — la presenza delle illusioni, sia al principio che alla fine dell'affezione;

f) — nessun accenno a disordini sessuali;

g) — la durata lunghissima, ma l'esito in guarigione.

⁂

Se noi ora volgiamo, un momento, lo sguardo a tutto quanto si è scritto e si è discusso, da tanti anni a questa parte, intorno alla Demenza precoce; — troviamo che mentre da un lato, per quanto ancora in studio, si è dai più data la definizione di una psicosi cronica a decorso per lo più remittente, caratterizzata da un

indebolimento mentale acquisito rapidamente in giovine età ed accompagnata quasi sempre da allucinazioni varie, da pseudoallucinazioni, da delirii paranoidi mobili, vaghi, assurdi e sempre asistematici, ovvero dalla sindrome catatonica, senza alcun specifico corredo di sintomi neurologici, dall'altro si sono in essa distinte quattro varietà: la eboidofrenia, l'ebefrenia, la catatonica, e la paranoide. (Kraepelin E. però ha portato sin oltre 10 le varietà primitive di Demenza precoce).

Noi certo, non possiamo, nè vogliamo, in questa breve relazione, occuparci della Dottrina della Demenza precoce come unità clinica a sè: — nè delle sue diverse varietà. Vogliamo soltanto occuparci della varietà Catatonica della Demenza Precoce, per vedere se il caso di cui ci siamo oggi occupati possa assegnarsi senz'altro alla or detta varietà, ovvero non debbasi piuttosto ascrivere ad un caso tipico di Psicosi Catatonica acuta.

Ed allora, come abbiamo fatto pel caso sopra studiato; — di enumerare, cioè, i sintomi principali in esso caso rilevati, — mettiamo ora in evidenza, qui appresso, i fenomeni comunemente attribuiti alle varietà della Demenza Precoce ed in ispecial modo della varietà Catatonica: cioè:

a) — l'età giovanile ed ereditarietà;

b) — gli eccessi sessuali;

c) — il periodo depressivo prodromico;

d) — il successivo delirio di persecuzione con allucinazioni;

e) — il susseguente stato di eccitazione o stupore catatonico;

f) — la esistenza sempre delle allucinazioni e stereotipie;

g) — il progressivo indebolimento mentale comparso precocemente;

h) — la spiccata abulia e la deficienza affettiva;

i) — la durata lunghissima e l'esito quasi sempre infausto.

.·.

Ciò premesso, il caso da noi sopra esposto è da ascriversi tra i casi di Demenza Precoce ovvero in quelli di Psicosi Catatonica acuta?

Confrontando, dettagliatamente, i vari caratteri rilevati nel nostro caso, con quelli comunemente osservati nella forma Catatonica della demenza precoce, constatiamo:

a) — Anzitutto, per i *dati etiologici*, soltanto l'eredità neuropatica è uguale e positiva in tutte e due le forme. Ma poi, mentre la Catatonia della Demenza precoce si manifesta al di sotto dei 25 anni, e vi figurano, quasi sempre, i disordini sessuali; — nel caso nostro, il paziente aveva l'età di 31 anno e nessun accenno fu notato in esso di mansturbazione.

b) — In riguardo ai *dati sintomatologici:* — mentre nel nostro caso sono state assenti le stereotipie e le allucinazioni; le une e le altre, quasi sempre, sono immancabili nella Catatonia della Demenza Precoce. E le illusioni, riscontrate con tanta insistenza nel caso da noi studiato, sono rare invece a rilevarsi là dove esistono le allucinazioni su larga scala (1).

In quanto poi alla volontà, all'affettività, al decadimento mentale, ecc., così persistentemente e di regola quasi, rilevati nei dementi precoci catatonici, e spesso sin dallo inizio del manifestarsi

(1) — ..... le illusioni stanno ad indicare un disordine della coscienza in grado diverso secondo la loro qualità, secondo la correzione e secondo l'interpretazione fatta dal soggetto. « Anzitutto le illusioni rappresentano il fenomeno più elementare di turbata percettività, ed appunto per questo si connettono indissolubilmente con la vita normale dello spirito ». « Nell'individuo sano come in quello ammalato trovano la loro genesi nell'attenzione manchevole e nello stato emotivo di attesa « .... « Nella psicopatologia il grado loro più lieve è dato dalla semplice "confusione„ delle immagini sensibili, confusione che, può essere anche avvertita dalla coscienza ». « Ma ad un grado di maggiore disordine di questa corrisponde l'interpretazione falsificata nè corretta delle immagini sensibili; nel quale caso noi troviamo già l'esistenza di uno stato confusionale; che spinge il soggetto ad accettare il fatto illusorio e ad intrattenersi nei suoi discorsi senza con questo attribuirlo a sè ». — E. Morselli: Manuale di Semiotica vol. II. pag. 769 — Milano 1894.

dell'affezione, da aversi ben presto l'abulia, la deficienza affettiva, la spiccata decadenza psichica; — invece, nel nostro caso presentato non sono che leggermente accennati: per modo che basta la cessazione dello spasmo che ha inibito tutte le manifestazioni psicomotorie, per vedere riapparire la volontà, l'affettività e, perfino con la guarigione e col ripristino della intelligenza, la più chiara dimostrazione di non essersi trattato nel caso nostro di un progressivo decadimento di essa intelligenza, come, appunto, nei dementi precoci suole avvenire; ma di un transitorio infiacchimento di essa.

c) — Per il *decorso*, il caso da noi riferito si distacca alquanto dal concetto dei fautori della forma Catatonica di Kahlbaum. Così, mentre Fuhrmann afferma che il maggior numero di catatonici guarisce entro un anno, e solo pochi casi possono ancora guarire dopo questo lungo periodo di tempo; — e lo stesso A. Morselli riporta un caso di Catatonia guarito dopo un anno di malattia; — il nostro caso viene a guarigione dopo tre anni.

A proposito del decorso, però, noi, tenendo presente il caso surriferito, possiamo aggiungere ancora che, per quanto il periodo prodromico depressivo sia stato a un di presso uguale a quello descritto frequentemente nei dementi precoci catatonici; — ciò non pertanto troviamo delle variazioni, quando constatiamo come, a questo primo periodo, segue nel nostro caso, uno stato illusorio di lunga durata, al quale succede lo stato catatonico (stupore) in modo acutissimo, e senza quello stato delirante allucinatorio (per lo più idee di persecuzione ed allucinazioni a contenuto prevalentemente uditive, visive, ecc.), che suole sempre avvenire nei dementi precoci.

d) — Riguardo all'*esito*, possiamo dire, che lo stesso Fuhrmann ebbe ad affermare come la Catatonia divenga una demenza catatonica quando essa è inguaribile. Secondo questo autore siffatta entità clinica rientra nella entità affine e non se ne differenzia se non per l'esito.

Morselli A. a questo proposito aggiunge che egli è propenso a credere all'esistenza probabile di altri caratteri differenziali tra una forma e l'altra: — ma non si sente nè di poter affermare, nè di poter negare il passaggio della Catatonia pura nella Demenza precoce catatonica. Però, lo stesso A. Morselli, in una pregevole monografia sul proposito, dopo avere presentato 4 casi affetti di Catatonia pura di Kahlbaum, ed in pari tempo 3 casi di Catatonia, varietà della Demenza precoce, confrontando i primi casi ai secondi, rispetto alla guarigione, afferma che, mentre nel secondo gruppo (Dementi precoci catatonici) notò sempre la persistenza, anche dopo lunghissimo tempo, di sintomi caratteristici; e sempre, poi la riduzione dell'attività mentale (come da Kraepelin e suoi seguaci fu sempre affermato), col passaggio cioè, o in guarigione con difetto o in demenza; — nei malati del primo gruppo (catatonici puri) invece ha dovuto constatare il raggiungimento della guarigione completa in tutti i casi esaminati.

. . .

Ritornando ora, nuovamente al nostro infermo, ricordiamo come egli, nato da genitori consanguinei, neuropatici ed alcoolisti, in seguito a forte emozione per *schok* psichico, da scoppio di granata, stando in guerra, abbia subito perduto l'uso della parola, presentando in pari tempo una accentuata e ben distinta sindrome catatonica.

Questo stato catatonico, caratterizzato da notevole rigidità e tensione muscolare, accompagnato da illusioni, negativismo e mutacismo ostinato, senza mai allucinazioni e delirii, è durato, come si è visto, oltre tre anni. Terminati i quali, l'infermo ha presentato un sollecito miglioramento che raggiunge poi ben presto la guarigione.

Nessun dubbio, quindi, essere il caso studiato e presentato, un caso tipico di Psicosi catatonica. Un caso simile a quelli pubblicati da vari autori italiani e stranieri da Kahlbaum ad A. Morselli.

* * *

Da quanto sopra abbiamo notato, possiamo venire ora alle seguenti conclusioni:

1.) — Tenendo presenti i sintomi caratteristici che si attribuiscono, seguendo gli odierni concetti psichiatrici, alla Demenza precoce varietà catatonica, ed alla Catatonia pura a cui abbiamo visto appartenere, appunto, il nostro caso; — chiaro risulta potere affermare con Fuhrmann ed A. Morselli sopratutto, che una netta differenza esiste tra i due processi psico-patologici.

2.) — Il caso esaminato si stacca dai casi simili sin oggi pubblicati, per la sua lunga durata. Mentre nei più si è constatata una durata soltanto di oltre un anno; — nel caso da noi presentato venne oltrepassato anche il terzo anno.

3.) — I sintomi che sopratutto hanno fatto differenziare il caso nostro di Catatonia, dalla forma affine di Demenza precoce Catatonica, sono stati: — oltre la mancanza, sia allo inizio che durante il decorso, delle allucinazioni; — oltre la mancanza di delirii; — oltre l'assenza di disordini sessuali; — la presenza di illusioni: il sollecito risveglio dei sentimenti e della volontà non appena comincia a migliorare; e sopratutto poi l'esito in guarigione.

4.) — Per quanto le due entità cliniche: Catatonia e Demenza precoce catatonica, sembrino spesso avere una identica etiologia: partendo entrambe spesso da uno stato depressivo prodromico che si sviluppa su di un terreno ereditariamente assai inficiato; — ciò non pertanto ben presto si vedono divergere tra loro. E la differenza che li separa si mostra sempre più accentuarsi, mano mano che il processo psico-patologico si evolve fino a raggiungere, il massimo grado, con esiti quasi sempre del tutto opposti.

5.) — Il fatto di constatare, infine, come sopra abbiamo dimostrato, che un quadro nosologico, nel decorso, nell'esito, ed anche

nei sintomi, presenti caratteri diversi da quelli di un processo morboso affine, giusta come affermò sul proposito A. Morselli, ci fa giustamente pensare che l'un processo non può essere compreso con l'altro. E che entrambi, invece, rappresentino due entità cliniche del tutto distinte fra di loro, pur stando tanto vicine in nosografia mentale.

Messina 31 Dicembre 1924.

BIBLIOGRAFIA

1. **Kahlbaum** — *Klinische Abhandlungen über die psychiche Krankheiten* — Vol. I. Die Katatonie. — Berlin 1874.
2. **Hecher** — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* — Vol. XXXIII 1877.
3. **Brosius** — *Die Katatonie* — Zeitschrift für Psychiatrie. 1887.
4. **Rust** — *Uber die Katatonie das Spannugsirresein* — Inaug. Dissert. Berlin 1879.
5. **Kiernann** — *Die Katatonie, referirt in der Allgem Zeitsche p. Psychiatrie* — Bd. 41.
6. **Hammond** — *Remerks on cases of Katatonia* — Amer Journ. of Neurolog. and Psych. 1883 p. 307.
7. **Spitzka** — American Journal of Neurology and Psychiatrie 1883 p. 313.
8. **Neisser** — *Uber die Katatonie* — Stutgard, 1887.
9. **Tamburini Aug.** — *Sulla Catatonia* — Comunicazione al V. Congresso Freniatrico — Milano — Archivio delle malattie nervose e mentali. 1887.
10. **Morselli E.** — *Manuale di Semiotica* — Vol. 2. Milano, Vallardi 1894.
11. **Ziehen** — *Psychiatrie* — Berlin 1894.
12. **Herver** — *Catatonie comme forme psychopatologique autonome*—IX. Congr. dei medici russi a Pietroburgo — Recens. in Revue Neurolog. p. 751 — 1904.
13. **Bruce Lewis C.** — *Chimical and experimental observations on catatonia* — Journ. of mental Science — Ottobre 1903.
14. **Schule** — *Zeitschrift für Psychiatrie* — Fasc. 23 — 1901.
15. **Kraepelin** — *Psychiatrie* — 7. ediz. orig. Vol. 2. — Seipzig. Barth 1904.
16. **Ilberg** — *Die Bedeutung der* Katatonie *allg. Zeitsch. f. Psych.* — Vol. LV. 1898.
17. **Ossipoff** — *Catatonie comme entitè morbide* — IX. Congr. dei medici russi a Pietroburgo — Recens. in Revue Neurologique — 1904.
18. **Schott** — *Beitrag zur Lehre von* Katatonischen *Verrückteit* — Allg. Zeitschr für Psych. — Vol. LXII.
19. **Morselli A.** — *Sull'autonomia della psicosi Catatonica acuta rispetto alla Dementia praecox catatonica* — Riv. Sperim. di Freniatria Vol. 34 — 1908.
20. **Patini e Madia** — *Contributo clinico e critico allo studio della Catatonia* — Annali di Neurologia Fasc. 5. e 6. 1908.

21. **Tamburini Arr.** — *Psicosi Catatonica acuta e Psicosi maniaco depressiva catatonica* — Rivista Sper. di Freniatria Vol. 37 — 1911.

22. **De Sanctis e Ottolenghi** — *Psicopatologia forense* — Vol. I. Milano 1920.

23. **Fuhrmann** — *Diagnosi e prognosi delle malattie mentali* — Trad. del dottore Manzoni — P. 195 e seguenti — Milano, Soc. Editr. libraria — 1908.

24. **Bianchi Leonardo** — *Trattato di Psichiatria* — Casa Editr. Pasquale — Napoli.

25. **Tanzi e Lugaro** — *Trattato Malattie Mentali* — V. 2. — Società Editrice Libraria — Milano, 1923.

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II.
Diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

Dott. LELIO GRIMALDI
Medico Ordinario

La cheimafilia nella demenza precoce e nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche

Il termine « *cheimafilia* » da κεῖμαι = giacere e φιλία = amore, propensione, attaccamento, (da me introdotto circa due anni fa in psicopatologia) (1) indica una particolare espressione dell'attività motoria generale di alcuni folli, consistente in ciò che codesti malati manifestano la « *tendenza a rimanersene sdraiati in posizione orizzontale* » e a « *mantenere tale atteggiamento non solo a letto, ma ancora su panche, su muricciuoli, per terra e dovunque riesca loro possibile* ».

La natura clinica di questo fenomeno, l'ambiente psicologico nel quale esso sorge, i motivi apparenti o reali che sembrano dargli origine son tali da metterne facilmente in evidenza la natura demenziale e gli esclusivi rapporti con la demenza precoce

(1) Grimaldi L. — La cheimafilia nella demenza precoce *Annali di Neurologia* - Anno XL n. IV. 1923.

I. La *cheimafilia* è un sintoma demenziale.

Difatti essa rappresenta una grave limitazione dell'attività motoria, un notevole restringimento del campo delle azioni i cui attributi specifici sono:

a) di non corrispondere agli stati ideativi ed affettivi che sembrano dominare nell'individuo nel momento in cui il fenomeno sorge o si esplica (dissociazione fra pensiero ed azione);

b) ovvero di sottostare a motivi psicologici speciali, facili a riscontrarsi nelle demenze precoci: illusioni, allucinazioni, idee strane, stereotipate, sovente imperative; sentimenti di indifferenza, di opposizione, di resistenza all'ambiente (autismo);

c) spesso di non rispondere a motivi di sorta e

d) di contrastare con le spontanee direttive edonistiche della funzionalità organica (abolizione del senso della fatica, della stanchezza fisica, del dolore somatico, arresto psichico totale).

II. La *cheimafilia* è un sintoma esclusivo della demenza precoce:

a) per i descritti caratteri clinici e psicologici che a volta a volta, come ampiamente dimostrai nella precedente monografia, le conferiscono funzione di tendenze autistiche, di stereotipie, di negativismo ecc.

b) pel fatto provato che nella sua vera espressione clinica non si riscontra in altre malattie mentali.

Ed a tale proposito ripeto che non è da confondersi con la *cheimafilia* quell'atteggiamento indicato col nome di *clinofilia* = attaccamento per il letto, il quale, pur potendosi comprendere in essa come varietà, alle volte si riscontra in forme malinconiche ed ipocondriache e più di rado ancora nella psicoastenia e nell'isterismo, nelle quali essa esprime la tendenza a conservare un atteggiamento che non esce fuori del consueto e dell'appropriato nella maniera di manifestarsi, pel fatto, cioè, che i malati si servono esclusivamente del letto, e mostra di rispondere coerentemente a motivi psicologici ed esigenze fisiche, per quanto morbosi, reali.

Così definito questo disturbo, nella natura e nei rapporti nosografici, il suo significato diagnostico, parmi non abbia bisogno di dimostrazione, il suo valore prognostico invece si afferma: in teoria, per la sua espressione clinica di grave indebolimento psichico, di notevole restringimento del campo mentale; in pratica, pel fatto che in tutti i casi nei quali si è manifestato, in periodo precoce o tardivo, ha rivelato sempre lo stabilirsi di una condizione demenziale irreparabile.

Sembrandomi questo segno morboso rappresentare un classico fenomeno di dissociazione mentale «schizofrenica» e possedere attributo di non lieve utilità pratica, specialmente nell'ambito dell'esercizio professionale privato, dove capita con maggiore facilità di imbattersi in casi di demenza precoce iniziali e perciò dubbi, credo necessario continuarne lo studio acciocchè sia preso in considerazione sempre più grande ed abbia il posto che merita accanto agli altri caratteristici sintomi di questa particolare figura clinica; sicuro anche, così, di portare un nuovo, per quanto modesto, contributo semiologico in pro della causa della demenza precoce, in un momento nel quale si continua o si ritorna a discutere se essa sia una entità clinica definita [Robertson (1), Pellacani (2)].

Il mio studio concorre all'assestamento di questa figura morbosa, seguendo l'indirizzo clinico, che si dimostra il solo adatto a fornire risultati sicuri e vantaggi reali, dopo gl'insuccessi dell'indagine psicologica insufficiente a chiarire e a definire l'intima natura dei fenomeni demenziali precoci come a fissarne i confini clinici, anche con l'aiuto delle recenti teorie di Bleuler e Kretschmer, [Montesano (3)] e dopo gl'infruttuosi tenta-

(1) Robertson M. George — Is dementia praecox a definite clinical entity? — *The Journal of Mental Science*. Vol. LVV N. 291 - 1924.

(2) Pellacani — Sulla nosologia delle demenze precoci — *Il Cervello*. Anno III N. 6. dicembre 1924.

(3) Montesano G. — Schizofrenie e Pseudoschizofrenie — *Rivista Sperim. di Freniatria*. Vol. XLVIII - Fasc. I - 1924.

tivi delle ricerche anatomo - patologiche e biologiche apparse incerte, insicure, spesso erronee e mancanti, sopratutto, di carattere specifico [Buscaino (1), Ansalone (2), D'Antona (3), Salustri (4)].

Nella presente monografia intendo di illustrare nuovi casi di *cheimafilia* in dementi precoci, di mettere in rilievo alcuni dati, che, dedotti dall'esame di insieme delle mie osservazioni varranno a chiarire il valore clinico di essa ed infine di richiamare l'attenzione sul fatto che il fenomeno di cui mi occupo è stato riscontrato anche in quadri morbosi del periodo tardivo dell'encefalite epidemica. Il quale fatto, per i sorprendenti rapporti clinici oggi generalmente scoperti e riconosciuti fra tali sindromi ed alcuni quadri di demenza precoce, giova a provare la esattezza della mia osservazione cui conferisce, inoltre, veste seducente di realtà e fondamento organico.

. .
.

I soggetti di cui riporto le storie cliniche appartengono a ricoverati di questo manicomio e sono, di una famiglia di circa 1300 folli, i soli nei quali la *cheimafilia* si riscontra e si verifica nella maniera più esattamente rispondente al concetto che ne ho fissato.

---

(1) Buscaino V. M. — Le cause anatomo - patologiche delle manifestazioni schizofreniche nella demenza precoce — *Rivista di pat. nerv. e ment.* Vol. 25. fasc. 7 - 8 1920.

Buscaino V. M. — Nuovi dati sulla distribuzione e sulla genesi delle « zolle di disintegrazione a grappolo » nei dementi precoci — *Ibidem.* Vol 26 fasc. 3 - 4. 1921.

(2) Ansalone G. — Contributo alla istologia patologica della Demenza precoce — *Il Cervello.* N. 6 1923 pag. 361.

(3) D'Antona L. — Sulla genesi delle così dette « zolle di disintegrazione a grappolo » ecc. — *Rass. di Studi Psichiatr.* Vol. VIII. f. 5. pag. 501.

(4) Salustri — Comunicazione al Congresso della « Società Freniatrica italiana » in Roma, aprile 1923.

Caso I. — R. E. fu Giuseppe da Castelvolturno, di anni 28, donna di casa, di media cultura, ammessa l'11 aprile 1922 proveniente dal manicomio di Roma dove era stata ricoverata fin dal 17 novembre 1919.

La madre soffrì di malattia mentale; il padre morì alcuni anni prima, pare, per paralisi.

All'inizio della malattia la paziente presentò fenomeni sensoriali: diceva di sentire voci minacciose ed ingiuriose; spesso gridava « mi vogliono ammazzare » ed indicava come suo persecutore un cugino col quale aveva amoreggiato.

Ben presto manifestò impulsi aggressivi ai quali seguivano atteggiamenti di difesa, fenomeni spiccati di negativismo e stereotipie prevalentemente verbali.

Durante l'attuale periodo della malattia la inferma risponde adeguatamente a parecchie domande; si identifica, ma non si orienta perfettamente.

« Il fratello l'ha condotta in manicomio » ed essa « è andata a finire nei reparti dove si obbedisce alle infermiere »; « l'aria delle grandi città, la velocità del treno l'hanno fatta cadere malata », « ma non è pazza »; « nel manicomio si trova bene, mangia a soddisfazione, dorme ed è ben trattata, ma vuole andar via perchè non è malata ».

Crede che una sua compagna di dimora sia sua madre e spesso ritenendola colpevole del suo internamento tenta di aggredirla e percuoterla.

Nei discorsi è incoerente, negli atteggiamenti puerile, fatua; di umore variabile: inconsultamente ilare o mesta, niente socievole, disordinata, poco governabile.

Da circa due anni, e propriamente fin dai primi giorni della sua degenza in questo istituto, passa le giornate *rimanendo sdraiata in terra o su panche* intenta a monologare in sordina ed a sfilacciare gl'indumenti. Esce da questa posizione soltanto per attendere ai suoi bisogni e per ciò non sempre, oppure, raramente, sotto la spinta d'impulsi per tentare aggressioni o fughe (Vedi pag. 179 Tav. I. fig. 1).

Dal punto di vista somatico l'ammalata presenta: cranio alquanto piccolo, al disotto della media normale, con lieve stenocrotafia; radice

nasale un po' depressa, ed anomalie delle secrezioni rappresentate da sudori ed ipotermie delle estremità.

Caso II. — A. R. fu Francesco da Scafati, di anni 42, ammessa in questo manicomio il 21 maggio 1910.

Mancano notizie anamnestiche familiari; qualche anno prima del suo internamento, senza cause apprezzabili, dette segno di squilibrio mentale ed alcuni mesi più tardi presentò idee deliranti persecutorie.

Nei primi tempi del suo ricovero apparve in preda a disturbi sensoriali vivaci, che, pur tuttavia, non la confondevano, ma davano ai suoi discorsi una incoerenza caratteristica.

« Non mi fate male » diceva al medico, che la invitava a sedersi dappresso. «Voi siete il Re» « I Re stanno tutti a Scafati» « Ho sette figli (è nubile)..... Mi hanno messo indosso la veste delle vecchie » « Che dobbiamo fare?..... Stiamo sedute..... Sono qui da cinque o sei mesi.. .. da otto anni..... Non so in che anno siamo ora..... Che dobbiamo fare? Ho solo mio padre..... Non ho marito..... Tengo quindici o sedici anni..... Vedi quanti anni sono ».

Abitualmente tranquilla, apatica, di poche parole, spesso concentrata con atteggiamento ostile verso l'ambiente, ad intervalli presentava fasi brevissime di eccitamento con ansie, clamorosità ed aggressività.

Più tardi si mostrò insociabile, egocentrica, protestatrice stereotipata, dissociata, ma docile, governabile, incapace di qualsiasi occupazione, e vivace nella soddisfazione dei bisogni della vita di nutrizione.

Nei periodi di tranquillità, come spesso in quelli di agitazione, *passava intere giornate a letto o sdraiata in determinati posti, sempre gli stessi, difendendosi attivamente di fronte ai tentativi che i preposti alla disciplina facevano per rimuoverla* (Tav. I. fig. 2).

Da vari mesi *questa particolare stazione è divenuta abituale per lei e non l'abbandona se non di fronte alla forza.*

L'esame fisico in questa malata ha messo in rilievo sensibile ipertrofia globale della ghiandola tiroide con lieve tachicardia.

CASO III. — L. M. di Camillo da Vastogirardi, di anni 26, ammessa in questo ospedale psichiatrico l'8 ottobre 1920.

La malattia esordì 5 anni or sono con disturbi della condotta, che in breve resero necessario il ricovero della paziente in manicomio.

Non è stato possibile raccogliere informazioni sul gentilizio, nè elementi più precisi e più minuti sui precedenti morbosi della inferma e circa l'inizio della malattia attuale.

All'ammissione presentava un evidente stato di intoppo psichico: da una parte mancava qualsiasi attività spontanea di pensiero, dall'altra le reazioni a stimoli esterni (interrogatorio), a volte erano tarde, frammentarie: movimenti delle labbra, vaghi sorrisi, esclamazioni monosillabiche ecc.; a volte pronte ed agevoli. Le sue risposte avevano la caratteristica di conservare un sufficiente grado di coerenza ed opportunità di pensiero, e di essere fortemente dissonanti nel contenuto affettivo.

Appariva di umore leggermente depresso, indifferente, disaffettiva, torpida anche nella soddisfazione dei bisogni, ristretta nelle manifestazioni motorie perchè *stava sempre buttata sul letto, o lungo il davanzale della finestra, o per terra* coricata preferibilmente accanto alla compagna C. di L., dalla quale non voleva per nessuna ragione essere allontanata (Tav. I. fig. 3).

Attualmente l'inferma, che *conserva ancora la descritta particolare tendenza del giacere* si presenta negativista, mutacista, disordinata e spesso lurida.

All'esame somatico è apparso: rallentamento moderato ma permanente del ritmo cardiaco, dermografismo rosso alle spalle ed al petto, una cospicua ipereccitabilità riflessa profonda, e vivacità del riflesso luminoso.

CASO IV — R. C. di Matteo da Vallo della Lucania, di anni 26, ammessa il 13 maggio 1920.

Nei momenti in cui l'ammalata si presta all'interrogatorio, riesce agevole rilevare accanto ad uno stato di coscienza abbastanza lucido un cospicuo grado di disorientamento di evidente origine allucinatoria: ode voci di persone a lei note che la insultano; la notte ode parlare una sorella defunta, del cui dire nulla ricorda; ode anche altri discorsi che

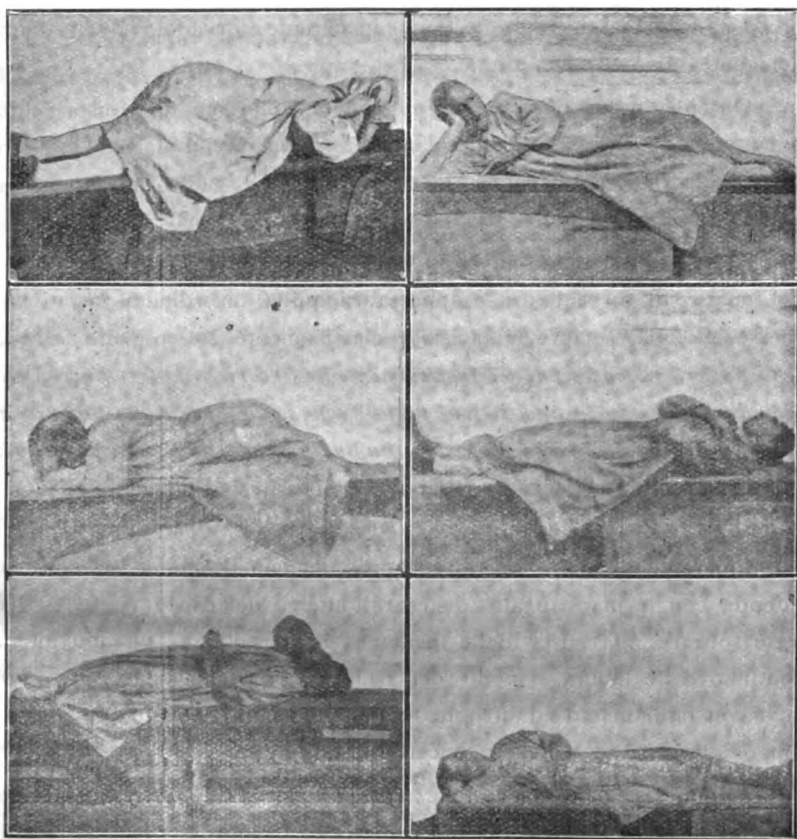
le fa la gente del suo paese; vede ora la sorella morta, ora i suoi compaesani, coi quali parla a volte calma, a volte concitata; una tale signora non risponde mai al saluto, che essa insistentemente le rivolge durante il giorno; « i denti le dolgono fortemente ed il palato, diventato un'altra cosa, si è trasformato e la fa parlare anche quando non è interrogata »; i suoi nemici, fra i quali una certa Serafina, l'aggrediscono, la percuotono, e le buttano nelle vivande urine, pietre, veleni provocandole, così, il colera.

In altri periodi l'inferma diviene autista: si isola dal mondo esterno. Interrogata schiude le labbra impercettibilmente, sgrana gli occhi o ammicca, e non risponde; altre volte alle insistenze vivaci finisce per parlare: comincia con lentezza, a frasi staccate, accelera gradatamente il suo dire e termina in un fiume di parole.

Negli stati di lucidità e di agevole estrinsecazione dei disturbi allucinatori il suo tono sentimentale alquanto esaltato, il suo ridere e sorridere stupidamente, la sua indifferenza e l' adattamento all' ambiente contrastano vivamente con l'attiva produzione dei fenomeni sensoriali e specialmente col contenuto ideativo di essi.

Abitualmente calma, solitaria, mutacista e negativista ostinata, presenta di quando iu quando brevi stati di agitazione psicomotoria con impulsi. Anche questa malata fin dai primi tempi del suo ricovero ha mostrato una spiccata *ostinazione alla giacitura orizzontale, che oramai non abbandona più anche se mangia:* all'ora dei pasti si leva rapidamente dal suo posto, piglia il piatto con le vivande, si ridistende supina, se lo poggia sul petto ed in tale posizione ne consuma il contenuto. La fotografia riportata a tav. I fig. 4 la riproduce *sdraiata orizzontalmente col capo sollevato dalla panca,* (guanciale psichico) *e col piatto delle vivande nella sinistra poggiato sul torace.*

Esame fisico — Nutrizione generale decaduta; volto abitualmente pallido; estremità fredde: polso piccolo e tardo; diminuzione della reflessività generale specialmente delle vie profonde; accentuata resistenza ai movimenti passivi segmentarii; diminuzione della sensibilità generale che viene giudicata e dalla mancanza di reazioni, apparenti, al contatto ed agli stimoli dolorosi e dalla esistenza del fenomeno del « guan-

ciale psichico » pel quale la inferma, rimanendo intere ore col capo lontano da un appoggio nel mentre giace distesa alla supina, non presenta il più piccolo segno di fatica, di stanchezza o di dolore.

TAV. I - Figure 1 a 6 da sinistra a destra nell'ordine.

CASO V. — R. C. di Gaetano da Cerignola, di anni 25, nubile, ammessa il 4 ottobre 1921.

Il padre della paziente, uomo di intelligenza tarda e limitata, ci informa che sua figlia presentò i primi sintomi del male all'epoca degli eccidi tra fascisti e socialisti a Cerignola, avvenuti in prossimità della

sua abitazione. Essa ne ebbe grande spavento e pochi giorni dopo cominciò a mutar carattere, a ridere e piangere inopportunamente, a tentare fughe, a tenere discorsi sconclusionati, ad apparire confusa e distratta.

All'atto dell'ammissione si è mostrata fortemente disorientata, in preda a disturbi sensoriali, loquace, incoerente, decaduta negli affetti, nel contegno, nella condotta.

Durante la sua degenza si è mantenuta sempre confusa, disorientata, ora monologhista stereotipata, manierata, fatua, ora mutacista; ora irrequieta, girovaga, ora apatica, inerte, sempre del tutto indifferente all'ambiente e pronta nella soddisfazione dei bisogni materiali.

Negli ultimi tempi, un anno circa, trasferita per le sue condizioni nel reparto di sorveglianza è apparsa tranquilla, disordinata, negativista, spesso sitofoba, sempre mutacista e classicamente stereotipata: *esce di letto dopo insistenze, va nel trattenimento e si corica in terra accanto ad una finestra, sempre allo stesso posto, con volto sorridente oppure all'aperto su di una panca, esposta, con indifferenza, alle intemperie o al sole*. Per tenerla su occorre fissarla col cinturino ad un sedile. (Tav. I. fig. 5).

Condotta dinanzi al medico si presenta con fisonomia stupida, sorridente, con le mani in alto distese all'altezza del capo, come se volesse sottrarsi alla vista delle persone e presentando un movimento continuo delle labbra a modo dei roditori (muso di tapiro); interrogata con ogni mezzo ed in ogni tempo risponde, dopo un più o meno lungo intervallo, con delle sconcertanti risate.

All'indagine somatica si nota: struttura scheletrica minuta, con cranio poco al di sotto della media normale, palato alto e orecchie sessili; vivacità del riflesso alla luce e dei riflessi tendinei; dismenorrea o amenorrea intercorrente.

Caso VI. — R. A. fu Domenico, di anni 28, da Mercato S. Severino, ammesso il 17 gennaio 1923, per trasferimento dal manicomio di Montelupo Fiorentino, perchè prosciolto dall'imputazione di mancato omicidio. La perizia psichiatrica lo riconobbe affetto da demenza precoce.

Fisonomia depressa, atteggiamenti catatonici; non risponde a nessuna domanda, nè parla con alcuno; spesso negativista e sitofobo. In generale torpido, abulico, tranquillo, se ne sta in disparte seduto oppure *per ore e giorni interi sdraiato completamente in terra all'aperto, nel trattenimento sulle panche, o a letto* (Vedi pag. 185 - Tav. II. fig. 1).

Dal lato della struttura antropologica e del sistema nervoso nulla di importante.

Caso VII. — L. C. fu Achille, di anni 55, da Roma, disegnatore, ammesso in questo istituto il 28 agosto 1922 in seguito a trasferimento dal manicomio di Napoli, dove era stato ricoverato il 21 marzo 1908.

Mostrò sempre eccentricità di carattere; ammogliatosi dovette separarsi per incompatibilità.

In seguito, nell'età di circa 35 anni, su questo fondo psicopatico costituzionale si andò in breve ad organizzare un delirio persecutorio. Tutti erano contro di lui: i coinquilini, il portiere della casa ove abitava, e perfino i passanti, che alzavano la voce per dispetto; la sua abitazione era circondata da fili elettrici, che gli rendevano possibile udire ciò che si dicesse alle più grandi distanze.

Ma, al suo ricovero nel manicomio di Napoli, accanto a questo delirio, esposto con stile manierato, ed intonazione ieratica, fu dato di rilevare in lui un contegno che si adattava al suo carattere ordinariamente sospettoso, ma timido ed incapace a suggerire reazioni violenti, e che lasciava trasparire spiccate note di decadimento mentale. In questo senso difatti parlavano la sua calma tranquillità ed inoffensività, anche nei momenti nei quali il delirio si mostrava fortemente attivo, il suo adattamento all'ambiente nonostante le sue proteste, vivaci nella forma ma debolissime nel concetto, la sua apatia, l'asocievolezza, la scarsa o nulla comunicativa, l'arresto, talvolta, di ogni attività motoria, il disordine degli atti ed il perturbamento notevole negl'istinti di conservazione.

Non altrimenti è apparso nella sua degenza in questo manicomio, dato che la sua figura clinica può così riassumersi: sensibilmente disorientato ed incapace di ricordi precisi ed esatti della sua vita, come di attenzione volontaria, parla, rispondendo prontamente alle domande, con voce piccola a timbro eunucoide, fortemente manierata, e protesta, de-

bolmente, anzi stereotipatamente, per non essere stato ancora inviato a casa — aspetta «provvedimenti dal Ministero» e si raccomanda «per essere liquidato» — si mostra tranquillo, calmo, innocuo e proclive a vivere lontano dalla moltitudine, nella più grande inattività, del tutto negletto nella persona, *sdraiato in terra il giorno intero, spesso col viso al sole, immobile* oppure intento a monologare o a tracciare segni sul suolo. Nei mesi estivi dello scorso anno e di questo l'ho trovato *tutti i giorni coricato supino nel cortile del trattenimento sotto l'ardente canicola* (Tav. II. - fig. 2). Chiamandolo si levava subito e si prestava all'interrogatorio, nella maniera anzidetta, ma posto in libertà *ritornava sollecito nella sua posizione prediletta.*

La ricerca di concomitanti fenomeni morbosi somatici non ci fornisce elementi degni di speciale rilievo.

CASO VIII. — L. V. di Giovanni, di anni 26, da Cosenza, contadino, ammesso il 6 luglio 1921.

La madre soffrì di psicosi allucinatoria ed attualmente trovasi in stato di avanzata demenza. Una cugina materna affetta da mania persecutoria è morta suicida. Uno zio materno B. M. fu ricoverato in questo manicomio per demenza consecutiva a psicosi sensoriale.

Nato nei termini e da parto fisiologico, ebbe sviluppo normale ed armonico. Nell'infanzia soffrì le comuni malattie proprie dell'età.

Di temperamento calmo si mostrò poco loquace, povero di spirito, con una costituzionalità affettiva esagerata su fondo erotico. Chiamato alle armi, partecipò alla guerra.

L'attuale infermità fu preceduta da stati dolorifici a carico degli arti e degli organi interni e si iniziò con allucinazioni visive determinanti scariche reattive psicomotrici.

Ricoverato, le note demenziali non tardarono a manifestarsi: in un primo periodo si mostrò ora sommariamente lucido ed orientato, ma incoerente nei discorsi e negli atti, manierato, fatuo, tranquillo; ora confuso, disordinato, irrequieto ed impulsivo; in un secondo periodo si stabilizzò in uno stato di calma duratura, ma con note di aggravata decadenza mentale: passava tutto il suo tempo in una tranquillità perfetta, preferibilmente il più lontano possibile dai rumori della colletti-

vitá, *attaccato ostinatamente al suo posto, sempre quello, che occupava (ed occupa tuttora) rimanendovi coricato sotto l'acqua o sotto il sole, anche il più ardente,* come rilevasi dal suo volto fortemente abbronzato, quasi ustionato (Tav. II. - fig. 3).

Attualmente la sua vita psichica si potrebbe ritenere annullata se mancassero un'espressione di indefinita beatitudine sul suo volto, la luce di un ineffabile sorriso, un continuo ed impercettibile movimento delle labbra come se bisbigliasse, ed un certo esaltamento dell' istinto della fame.

A meglio illustrare il particolare stato della sua mente vale questo episodio.

In un giorno dello agosto 1924, uno dei tanti tentativi d'interrogatorio da me fatti per rimuoverlo dall' ostinato mutacismo, in cui si manteneva da mesi e mesi, ebbe un'insperato successo, fra la meraviglia degli astanti, ricoverati lucidi ed infermieri, i quali mi manifestavano la loro convinzione che i miei sforzi sarebbero stati infruttuosi. Egli parlò, dietro domande, con volto fra l'estatico ed il pudico, sorridente ed in forma puerile e manierata: « Sono L. V. ... soldato austriaco ... mi trovo in quartiere... lei è un ufficiale... sono un austriaco... nato in toscana... non conosco la lingua tedesca ». A questo punto seguirono una serie di movimenti degli occhi e delle labbra come di chi si sforzasse di vincere interne resistenze psichiche e motorie e poi un silenzio contro cui si spuntò e si spunta tuttora la pazienza dell'indagatore tenace.

Esame somatico — Midriasi, torpore del riflesso alla luce: ipoeccitabilità tendinea, cutanea e mucosa, ipereccitabilità vasale: dermografismo rosso; aumento dell'attività secretoria delle ghiandole sebacee del capo; pseudo - edemi localizzati al dorso dei piedi.

CASO IX. — C. L. di Nicola, da Matrice (Campobasso), di anni 23, ammessa il 3 aprile 1925.

La relazione medica, alligata agli atti per l'internamento, mette in rilievo la mancanza di precedenti morbosi similari nel gentilizio e lo inizio quasi recente (rimontante a 4 mesi) della infermità con disturbi del carattere e della condotta, che non vengono bensì precisati.

Entra tranquilla, sorridente; va in giro come per prendere cognizione dell'ambiente, chiacchierando fra se e se; non risponde alle interrogazioni; piglia posto ad una panca e vi rimane intenta al sommesso confabulare.

Qualche giorno dopo la sua ammissione la inferma può sostenere un interrogatorio, nel quale, dietro domande, spesso ripetute, fornisce risposte laconiche, con volto atteggiato al più franco sorriso.

« Sono un'anima dannata, sta accorto... sono maritata... mio marito sta nella stanza della suora... quella giovane è mia figlia (la infermiera)... quella è l' attendente dei camerieri (la suora del riparto). A questo punto si chiude in silenzio per un poco, poi si acciglia e piange con lagrime abbondanti.

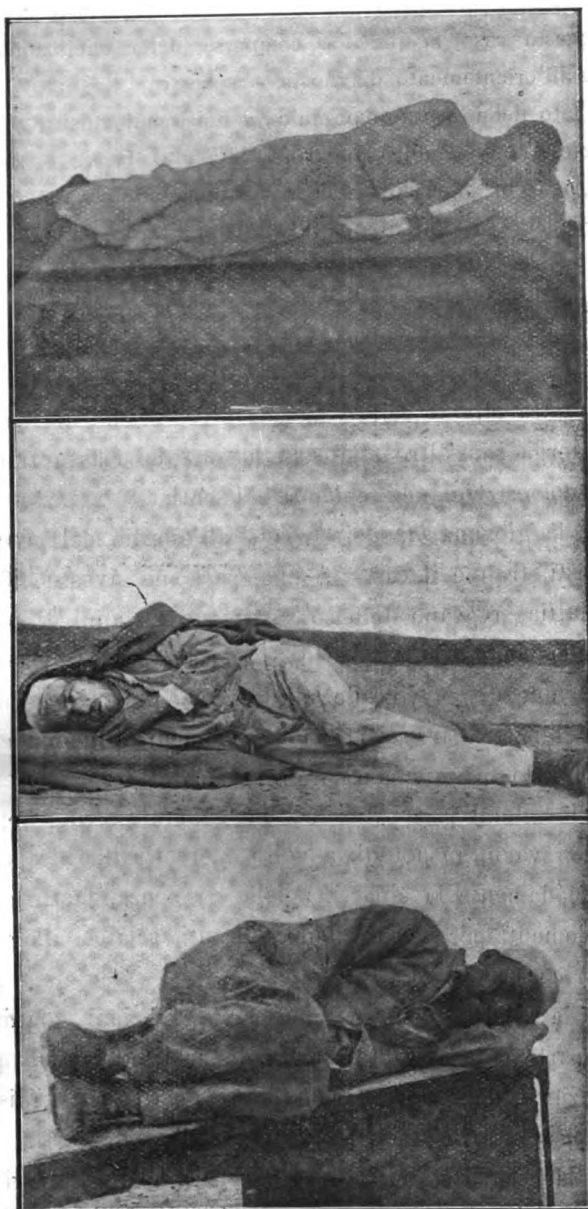
« Perchè piangete? » « Per dolore » « Quale dolore?... di che cosa vi dolete?... Nessuna risposta. Siete maritata? Scoppia a ridere e soggiunge. « Da sola non voglio ridere perchè non ho nè corpo nè anima... ho solo il corpo di verginità ».

« Per qual motivo rifiutate il cibo?

« Perchè ho un buco sotto ed uno sopra! ».

Fra una risposta e l'altra continua a chiacchierare incomprensibilmente; nelle pause dell' interrogatorio si distrae o si assorbe mentre col viso si atteggia ora a fatuità, ora ad indifferenza, ora a meditazione, ora a tristezza, passando da uno di questi stati all'altro con una facilità estrema.

E' del tutto calma, non avendo presentato mai fasi di eccitamento o impulsi, nè motorii, nè verbali; torpida nella soddisfazione della fame, a volte sitofoba; tendente allo isolamento, alla inerzia ed alla opposizione; trascurata nella nettezza e nell'ordine: si sputa nelle vesti e depone le urine e le feci ovunque si trovi.

Chiesto il ricovero per demenza precoce, diagnosticata con probabilità dato il recente inizio della malattia, si trasferisce nel riparto tranquille, dove, per il grande numero delle ricoverate essendo meno attiva la sorveglianza personale, l' inferma manifesta la cheimafilia la più classica: *sta* difatti *mattinate intere distesa per terra sulle pietre con la faccia al sole, si oppone ai tentativi che si fanno per rimuoverla e ritorna a quel posto appena lasciata libera* (Tav. I. - fig. 6).

TAV. II. - Figure 1 a 3 dall'alto.

Fin'ora, durante due mesi, il fenomeno si verifica costantemente.

In questo caso la precoce comparsa della cheimafilia riesce di conferma all'orientamento diagnostico espresso.

Dal lato della struttura organica e funzionalità fisica si rileva: cranio piccolo rotondeggiante con fronte alquanto bassa e radice nasale depressa, ma con sguardo vivace e fisionomia non stupida; polso piccolo e frequente; riflesso pupillare alla luce tardo, abolito al dolore; cospicua efidrosi del capo ed ipotermia periferica accessuale.

.˙.

La figura clinica della demenza precoce, che nei casi descritti parmi emerga senz'altro alla sola lettura dei riassunti nosografici, trova i suoi estremi nei seguenti elementi:

a) la giovane età dei soggetti all'esordio del processo morboso; questi, tranne il caso 7., che pare ne avesse 35 all'inizio della malattia, avevano di poco sorpassato 20 anni di età ;

b) la comparsa precoce e primaria dei disturbi della condotta con note di notevole decadimento mentale;

c) il particolare aspetto dei fenomeni allucinatori descritti che non hanno in nessun caso assunto carattere di predominanza sugli altri sintomi psicopatici ed in generale sono apparsi poco vivaci, non varii, monotoni, a volte stereotipati, incapaci di turbare profondamente la chiarezza della coscienza, facili piuttosto a fornire elementi per orientazioni deliranti scialbe, illogiche, incostanti o ricorrenti;

d) la relativa conservazione delle funzioni cognitive, nella maggior parte dei casi, di fronte a disturbi notevoli e persistenti della ideazione, del potere giudicativo e degli affetti: (dissociazione caratteristica intrapsichica);

e) la esistenza, in tutti i soggetti, dei particolari fenomeni di condotta della demenza precoce: fatuità, manierismi, automatismi, stereotipie degli atti, negativismo, mutacismo, catatonismo;

f) la lunga durata del decorso morboso (il più breve rimonta ad oltre tre anni) con decadimento mentale progressivo; tranne il caso 9. che, come ho detto, è di inizio recente.

.˙.

Un esame attento di ciò che fin qui ho esposto, nei due lavori sulla *cheimafilia,* m'induce a fare, nei suoi rapporti, delle considerazioni allo scopo di chiarire il suo concetto e di eliminare eventuali dubbii o confusioni, che, alle volte, sorgono per i fatti più semplici e più chiari.

La *cheimafilia* rappresenta un atteggiamento morboso non usuale, non comune, come potrebbe sembrare alla prima lettura, nè facile a riscontrarsi, se si ha cura di non confonderlo col giacere cui inclinano alcuni ammalati per riposo o per ozio: in tali casi questa stazione non è costante nè duratura, si manifesta in determinate condizioni di tempo e di luogo — la stanchezza, la stagione estiva, le ore del dopo pranzo, i posti ombrosi ecc: — cede prontamente, senza evidente sforzo, di fronte a qualsiasi nuovo stimolo interno od ambientale che intervenga nei pazienti ed è in questi accompagnata sempre dalla esatta coscienza dei motivi che la determinano.

La cifra percentuale della frequenza con cui essa si osserva, che dalla mia casistica risulta del 5 °[o], non è certamente alta, ma é da porsi la considerazione che da una parte si vedrebbe il suo valore aumentare notevolmente riducendo il numero dei dementi precoci ricoverati nei manicomi con una scrupolosa e giusta revisione delle diagnosi, anche sulla base dei recenti concetti scientifici circa i confini nosologici di tale infermità [P e l l a c a n i (1), R o b e r t s o n (2)], d'altra parte esso valore non è inferiore, o lo

(1) Pellacani — Loco citato.

(2) Robertson M. George — Loco citato.

è di poco, a quello che presentano il negativismo, le stereotipie, i fenomeni catatonici ecc., che sono i segni più caratteristici della demenza precoce; la catatonia, in ispecie, la quale ne rappresenta una delle varietà cliniche più importanti, lasciando impregiudicata la questione se essa sia o non una figura morbosa a sè [M o n d i o E. (1)], si riscontra con rarità notevole come tutti sanno.

Inoltre, nella generalità dei casi, la *cheimafilia* è un sintomo che compare fin dai primi anni, se non addirittura, come si è visto nel soggetto della osservazione 9., fin dai primi mesi del male e con carattere di persistenza.

Tuttavia non resta esclusa la possibilità che essa si manifesti con decorso temporaneo, di durata più o meno lunga, o interrotto, nella maniera più varia, da stati mentali che determinano nei malati reazioni motorie di altra natura, ovvero sotto forma di accessi, alla stessa guisa di quanto accade pei predetti fenomeni demenziali di condotta: negativismo, stereotipie ecc. e per molti altri.

* * *

In un campo della patologia del sistema nervoso, assurto in breve tempo a grande importanza, è stato possibile scovrire malati che presentano la stessa tendenza alla giacitura orizzontale con tutte le caratteristiche da me descritte.

In verità i casi non devono esservi frequenti, a meno che questi malati non fossero, per tale scopo, oggetto di più attenta osservazione e studio, essendomi riuscito di raccoglierne soltanto tre; ma essi sono sufficienti allo scopo prefissomi di portare una prova decisiva sulla esistenza clinica della *cheimafilia*.

Il primo di essi fu da me scoverto, circa due anni or sono nella clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università

(1) Mondio E. — Sulla psicosi catatonica acuta — *Annali del Manicomio Interprovinciale " L. Mandalari "*. Anno VI, Fasc. I-II pag. 167 e seg.

di Napoli diretta dal Prof. Leonardo Bianchi, ed illustrato nel precedente lavoro, nel quale mi servivo di questo segno morboso di stazione apparso nel decorso di una sindrome parkinsoniana post-encefalitica, per dimostrarne la importanza nel significare il il reale stato delle condizioni mentali della paziente e nell'indicare le gravi riserve da porre sull'esito della infermità da questo lato.

C. C. fu Claudio di anni 25 da Roseto Valfortore (Foggia), insegnante, ammessa in clinica il 10 febbraio 1923.

Eredità negativa, nessun precedente morboso nell'infanzia e nell'adolescenza. Nel dicembre 1920 fu colpita da encefalite epidemica: febbre, delirio, diplopia, sonnolenza. Guarita apparentemente stette bene circa quattro mesi, dopo dei quali cominciò ad avvertire un senso di impaccio nella muscolatura degli arti di un lato, seguito da tremore

prima in una gamba, poi nel braccio dello stesso lato e più tardi nell'arto inferiore del lato opposto. Questi disturbi non le impedirono in primo tempo l' insegnamento, ma quando la rigidità muscolare fu tale da modificare sensibilmente il suo aspetto, i suoi atti e la sua parola abbandonò la scuola per curarsi.

Alla sua ammissione in clinica, accanto ad un classico quadro di pseudo-parkinson: atteggiamento caratteristico con le braccia addotte al tronco e leggermente flesse, rigidità del tronco e degli arti, tremori, bradilalia si riscontrò anche a carico delle funzioni psichiche quanto segue:

lentezza percettiva, debolezza delle facoltà ritentive, ritardo nei processi associativi, rallentamento e limitazione nell'attività di pensiero, superficialità e inconsistenza nel contenuto di esso, debolezza critica, imperfetta coscienza da parte dell' inferma del suo stato e incapacità assoluta nel porsi la previsione dell' esito della sua malattia lunga e progressiva, spensieratezza, umore sempre gaio, riso abituale ad ogni atto, ad ogni parola e, nel contegno e nelle azioni che del resto erano molto limitate, infantilismo, scriterioramento ed innanzi tutto uno stato di abulia persistente, al punto che la inferma *passava intere giornate sul letto o su di uno scanno distesa a faccia sotto*.

Questo atteggiamento si manifestò subito mostrando le caratteristiche note dell'ostinazione e dell' inopportunità, poichè si verificava fin dal mattino dopo un lungo riposo notturno, veniva attuato con un modo di giacere certo non comodo per una persona di cospicue dimensioni e pinguedine e mancava di motivi coscienti da parte della inferma abbastanza lucida.

Un fatto degno di rilievo in questa malata — notato anche dal Rossi in osservazioni personali (1) — che meglio illumina la speciale natura del fenomeno, è quello che essa poteva, alle volte, uscire dalla sua abituale posizione e darsi a corsa pazza per la lunga sala, offrendo in tale manifestazione ipercinetica un aperto contrasto con le descritte

(1) Rossi O. — Note cliniche sull'encefalite epidemica con speciale riguardo ai sintomi del periodo tardivo. *Riv. di Pat. Nevr. e Mentale*, Anno 1922 pag. 139.

alterazioni di difetto della motilità. Del resto questa caratteristica dissociazione in tali malati è un fatto noto.

La seconda osservazione riguarda una giovane donna ricoverata in questo manicomio ed affetta da parkinson post-encefalitico, che aveva determinato in lei anche notevole perturbamento del carattere e della condotta, che ne resero necessario il suo internamento.

D'A. T. di Raffaele da Cardile (Salerno) di anni 25, ammessa il 30 - 10 - 1923, ebbe nel 1922 a soffrire di encefalite con insonnia ed eccitazione psichica in primo tempo, sonnolenza poi; malattia che non fu dai medici del paese compresa nella sua natura la quale apparve in seguito con l'istituirsi via via di una sindrome pseudo - parkinsoniana classica: rigidità muscolare, lentezza dei movimenti, andatura a piccoli passi, fenomeni spiccati di propulsione e retropulsione, tremori, scialorrea.

Con questi fenomeni somatici ed assieme ad un quadro psichico di rallentamento e difetto di tutte le facoltà si notarono spiccate alterazioni della condotta: infantilismo, opposizione sistematica, isolamento, trascuranza e disordine della persona e limitazione notevole dell' attività motoria generale che si manifestava appunto con la *irremovibile tendenza a starsene sempre buttata sulle panche, o per terra distesa supino o su di uno stesso lato.*

Per l'improvviso ritiro a cura domestica di questa inferma manca una documentazione fotografica del fenomeno.

Il terzo caso, infine, il quale mi è parso il più importante, non solo pel fatto che in esso il disturbo di stazione possiede una precisa identità clinica con la *cheimafilia*, ma anche per la grande autorità di colui che lo espone e lo descrive, tolgo da una comunicazione del Prof. Ottorino Rossi (1) al Congresso di Firenze nell'ottobre 1921; il Rossi dice:

«Una malata che seguo tutt' ora, al mattino si alza, si corica su di una stuoia e vi rimane il giorno intero immobile quasi del tutto benchè sia in grado, quando vi venga costretta, di alzarsi da se».

---

(1) Rossi O. — Loco citato, pag. 140.

La osservazione e lo studio metodico e completo di tutti quei quadri morbosi che fanno seguito a processi di encefalite epidemica, oltre a portare una notevole riforma nei concetti patogenetici che fino a pochi anni or sono si possedevano sul morbo di Parkinson, ha fornito anche il mezzo di svelare rapporti, forse non casuali nè trascurabili, fra sindromi parkinsoniane e demenza precoce.

Ritengo superfluo ed inopportuno qui riportare la documentazione storica delle relazioni esistenti tra le due malattie — farei un lavoro oneroso ed andrei oltre il fine impostomi — ma uno sguardo sintetico sulla enorme mole dei lavori esistenti, oggi, sui complessi sintomatici tardivi della encefalite epidemica e specialmente sul parkinson post-encefalitico, ci fornisce i seguenti elementi di somiglianza e perfino di identità così nel campo psichico come in quello somatico: il torpore, il ritardo percettivo e mnemonico, la debolezza ideativa e critica, la credulità, la suggestionabilità, la inesatta o mancante coscienza del proprio stato, la inerzia volitiva, le note di infantilismo, l'ecolalia, l'ecoprassia, l'astasia, (1) la catatonia, il guanciale psichico, (2) la scialorrea e, sopratutto, il carattere essenzialmente dissociativo dei fenomeni morbosi, cioè, alle volte, il netto distacco, il paradosso, fra condizione statica e capacità dinamica delle singole facoltà mentali, la prima mostrandosi, in generale, conservata ed integra, la seconda disturbata e perfino annullata.

Questa condizione dissociativa nei pseudo-parkinsoniani colpisce perfino quelle funzioni che appaiono le più direttamente e stabilmente compromesse, riuscendo, così, interessante vedere individui soggetti alla più penosa rigidità muscolare e alla più grande incapacità a compiere movimenti intenzionali passare a manifestazioni

---

(1) Grimaldi L. — L'astasia-abasia nella demenza precoce. "*Il Manicomio*". Anno 1923, N. 1, pag. 21.

(2) Petrazzani — Di un singolare atteggiamento del collo.... *Rivista sper. di Freniatria*, 1908 p. 159.

di agevole estrinsecazione motoria sotto l'azione di un comando o più facilmente sotto quella di un automatismo (reazioni impulsive): come ad esempio l'ammalata di Rossi, la quale può uscire senza difficoltà di sorta da una posizione di completa, abituale ed invincibile inerzia motoria, quando ciò le venga ordinato.

Quanto siano veri ed interessanti questi rapporti appare anche dall'autorevole parola dello stesso Rossi: (1)

« Se non temessi di contribuire ad aumentare un avvicina-
« mento che si tenta da qualche parte, sia pure non del tutto ex
« professo, tra malattie differenti, direi volentieri che in questo
« campo l'interpretazione dell'origine di alcune anomalie psichiche
« incontra le stesse difficoltà che nella così detta demenza precoce.
« Anche negl'individui che hanno sofferto di encefalite si direbbe,
« per fare un esempio, che la lentezza del decorso ideativo dipende
« non tanto da una difficoltà di rievocazione, che del resto, forse,
« talora esiste, non da una indifferenza patologica, che pure è
« qualche volta manifesta, ma da una specie di « *intoppo* » che
« viene superato da sforzi ripetuti interni o da uno stimolo viva-
« ce che venga dall'esterno ».

Mi pare, quindi, da ciò legittimato il posto da me assegnato alla *cheimafilia* nella demenza precoce, cioè dalla presenza di essa nelle sindromi pseudo-parkinsoniane, perchè in queste si ripete, in una condizione di sorprendente analogia, e per intimi meccanismi fisiologici e psicologici, che sembrano inspiegabili, quel fenomeno che nella genesi, nella esplicazione e nei fini possiede, come si è visto, le più particolari caratteristiche del fenomeno « schizofrenico ».

Nè ritengo che esso perda perciò il carattere di specifica appartenenza alla demenza precoce, sia per ragioni di natura, potendosi nei pseudo-parkinsoniani ritenere il suo determinarsi in stretta

(1) Rossi O. — Loco citato pag. 141.

dipendenza del processo encefalitico iniziale, rapporto che sfugge all'indagine nell'altra infermità, sia per l'applicazione del concetto teorico di patologia generale che sintomi propri e particolari di entità morbose definite possono far parte, con ruolo diverso e vario, di altre figure cliniche.

∴

Dai dati e dai rilievi clinici psicologici e psicopatologici esposti nel mio precedente lavoro sullo stesso argomento, e nel presente confermati ed allargati, col produrre a corredo nuova messe di casi osservati e controllati rigorosamente, risulta chiaro il valore semiologico e nosologico della «*cheimafilia*»; il quale nome mi pare debba, a buon diritto, entrare a far parte della terminologia psichiatrica, in cui pure hanno avuto buona accoglienza e diffusione neologismi meno provvisti di titoli scientifici e pratici atti a meritare il favore conseguito.

Nocera Inferiore luglio 1925.

BIBLIOGRAFIE E RECENSIONI

Dr. Legrain — LES GRANDS NARCOTIQUES SOCIAUX — N. Maloine Ed. — Parigi, 1925.

Importantissimo libro, di grande attualità, che tratta con profondità di vedute, specialmente dal lato sociale, i tre veleni dell'intelligenza: oppio, tabacco, alcool, così diffusi oggi, e la cui azione tossica per i danni sociali, che apporta, impressiona enormemente gli uomini di Stato: tanto che l'A. li chiama i Grandi narcotici sociali. Precede uno studio completo dell'oppiomania, e del tabagismo attraverso le epoche e attraverso il mondo, stabilendo il substratum voluttuario e i fondamenti psicologici della tossicofilia.

Completo è il lungo studio che l'A. consacra all'alcool, in cui ha acquistato una competenza e una autorità grande. Egli, con rara energia, si mette contro il sofisma corrente dell'uso e dell'abuso e si scaglia contro esso, combattendo specialmente la potenza moderna del Capitale alcool, che s'impone anche ai Governi. Studia specialmente la guerra economica fatta dagli Stati produttori di alcool e di vini agli Stati che ne proibiscono la diffusione; l'alcoolismo sistematico dei popoli colonizzati dagli Stati colonizzatori; e dimostra l'alcool oggi sorgente di tutti i conflitti internazionali e domani può essere di *Casus belli*.

La conclusione generale di questo studio sui tre grandi veleni narcotici sociali è che una tossicomania rappresenta una complicazione della vita d'una nazione. Essa equivale ad un indebolimento del capitale umano sotto la sua quadruplice forma: intellettuale, morale, fisica ed economica. Dal punto di vista molto generale, la tossiendemia è una delle più tristi pagine della storia della schiavitù. L'uomo è qualche volta un poco assurdo nel concepire la libertà: vuole la sigaretta alle labbra, il bicchiere e la siringa alle mani.

La schiavitù è doppia: per l'intossicato e per il suo ambiente.

Ma importante è la seconda parte del libro, che tratta della Psicoanalisi delle tossiendemie dal punto di vista clinico sociale. Analizza in modo speciale la psicologia dell'ubbriachezza, mettendo in rilievo il

fondo voluttuario, e la ricchezza infinita del subcosciente in simili casi, gli stati d'illusione, e specialmente l'illusione di libertà in cui si sente l' individuo, mentre poi in fondo vi è restrizione di libertà, schiavitù, perchè nell'ubbriachezza domina l'automatismo. Studia poi il rapporto esistente fra tossiendemie e degenerazione sociale.

In seguito all'esame psicologico passa ai rimedi, sostenendo il metodo radicale nella terapeutica sociale. Ai metodi falliti basati sulla moderazione egli oppone la proibizione di ogni bevanda alcoolica, consentita dalla coscienza individuale, accettata come postulato e come scopo.

Libro scritto da un medico che fa della psicologia e della sociologia, ma anche libro di fede per la propaganda dei rimedi sociali contro i veleni sociali.

S. Tomasini

Damaye Henri — ÉTUDE DE PSYCHIATRIE SOCIOLOGIQUE — A. Maloine Ed. — Paris, 1925.

L'A. dopo avere studiato l'assistenza, la clinica, e la terapeutica psichiatrica, rivolge i suoi studi alla sociologia, perchè il sociologo ha bisogno dello studio della patologia mentale: senza di questa non si può intendere la vita odierna. Ha scritto quindi questo lavoro con scopo di mostrare che le anomalie neuropsichiche sono i grandi fattori della miseria umana, e che la profilassi dei disturbi mentali è il mezzo per migliorare lo stato sociale.

Per riconoscere l'importanza di questi studi psichiatrici applicati alla sociologia basta citare gli argomenti trattati — l'igiene e la profilassi mentale; le cause dei disturbi del pensiero, eredità ed infezione; eredità e mezzo di educazione; gli anni e i disturbi mentali; la malattia e l'infermità, la libertà umana; squilibrati, subdeliranti, nevropatici; piccole sindromi psicasteniche, valore intellettuale, debilità mentali, il valore morale, l'alcoolismo, semifolli e follia prima del matrimonio; suicidio e omicidio, insufficienza sociale del cattolicismo; l'ospedale, difetti attuali dell'assistenza psichiatrica, la psichiatria e la storia; il nostro insegna-

mento secondario non insegna al ragazzo di divenire un uomo; *surmenage* e morale scolastica; lacune dell'insegnamento e l'istruzione dei maestri; vantaggi e difetti dell'educazione inglese; coeducazione dei sessi; l'università; il clero cattolico; le idee deliranti nei soldati durante la guerra; le aberrazioni mentali nell'armata: necessità dell'assistenza neuro - psichiatrica nell'armata; insufficienza degli studi letterari e lacune degli studi del diritto; diminuzione della natalità in Francia.

Come si vede dall'elenco dei capitoli diversi, ma uniti con lo scopo di spiegare certi fenomeni sociali con la psichiatria e di ricercare in essa i rimedi e le leggi opportune, il libro interessa, eccetto qualche capitolo speciale, tutti i psichiatri, perchè tutti rivolgiamo oggi la mente e gli studi all'ambiente in cui svolgiamo le nostre attività umane e sociali. Da ciò l'importanza del volumetto.

S. Tomasini

Girone V. — La profilassi mentale — Appunti — Nicola Nappa — Aversa.

Oggi vi è un rifiorire intenso delle nozioni d' igiene in generale, e in particolar modo dell' Igiene e della Profilassi mentale. Anche il Girone porta il suo contributo con questo lavoro, che tratta argomenti vari d'Igiene, in relazione ai possibili disturbi mentali : egli dà importanza ad un'azione indiretta, che agisca contro tutte quelle cause che sono produttrici di malattie mentali. Per questo, per difendere le leggi, i programmi dell'Eugenica ha raccolto nel presente volume vari articoli, alcuni dei quali apparsi in diversi periodici, e che quindi non hanno quella profondità e diffusione nella discussione, che si sarebbe potuto aspettare.

E' un buon contributo che l'A. reca alla medicina sociale, portando anche nell'ultimo capitolo un' adesione all' assistenza profilattica mentale in Italia, del quale argomento ci siamo occupati anche noi in questo giornale : la difficoltà consiste nel cercare di attuare quelle idee e di mantenere vive quelle speranze in questo Mezzogiorno d' Italia.

S. Tomasini

Domenico Antonio Tieri — L'OCCHIO NELL'ESPRESSIONE DEL PENSIERO E DEI SENTIMENTI — Officina d'Arti Grafiche C. Russo — Napoli, 1925.

L'A., che è docente nella R. Università di Napoli e valoroso oculista, ma anche direttore di un importante periodico di politica sociale, La Stampa medica, ha voluto offrire un libricino di propaganda trattando dell'occhio, sotto differenti aspetti, specialmente dal lato psicologico.

La materia, importante quanto mai, é trattata in modo dilettevole, e con vasta cultura psicologica sicchè può essere compresa dai profani: si leggono con piacere le considerazioni estetiche, sull'occhio, quale organo di manifestazione di sentimenti.

Ci permetta però l'egregio A. di dissentire, dal punto di vista scientifico, da alcune considerazioni che sembrano abbastanza ardite e non hanno fondamento sulla fisiologia dell'occhio.

La lettura di questo volumetto riesce dilettevole e molto istruttivo.

S. Tomasini

Dudgeon J. S. — THE SPATZ TEST FOR IRON IN THE BRAIN — *The Journal of Mental Science.* Vol. LXX N. 291 Ottobre 1924.

Grande interesse ha suscitato la prova dell'esistenza del ferro nel cervello ed i suoi rapporti con alcune malattie nervose.

Col metodo di Spatz, impregnando le sezioni di sostanza cerebrale in una soluzione concentrata di solfoidrato di ammonio si può dimostrare la presenza del ferro, nei centri encefalici, che assumono un colorito grigio verdognolo, nel seguente ordine, apparso costante in tutte le ricerche: globo pallido, substantia nigra, nucleo rosso, corpo dentato del cervelletto, putamen, nucleo caudato, corpo mammillare, parte anteriore del talamo ottico e corteccia cerebrale, specialmente gli strati profondi.

Questa reazione può riuscire di considerevole interesse nelle malattie del sistema extra - piramidale, come è stato dimostrato da alcuni casi di Spatz e di Gans, nei quali il ferro é stato trovato in abbondanza nel globo pallido, nella substantia nigra, nel putamen e nel nucleo caudato.

Nella paralisi generale, invece, la corteccia cerebrale, specialmente nella regione frontale, oltre ad apparire colorata in grigio verdognolo, mostra delle strie e dei punti neri, che possono vedersi facilmente anche ad occhio nudo. Questi reperti, dovuti alla presenza del ferro negli spazii avventiziali dei vasi corticali, sono stati svelati in due malattie soltanto: nella paralisi progressiva e nelle tripanosamiasi.

L'A. che ritiene la prova suddetta rappresentare una pratica sicura e rapida per l'accertamento diagnostico della paralisi progressiva al tavolo anatomico, suggerisce il migliore metodo per la ricerca, col quale ha ottenuto risultati positivi in venti casi di paralisi generale, clinicamente dimostrata, e negativi in altre infermità

Metodo macroscopico:

Fette di cervello in piatto di vetro coverte con solfoidrato d'ammonio per 15 minuti; lavaggio delicato ed esame con lente d'ingrandimento a mano.

Metodo microscopico:

Piccoli pezzi di corteccia in formalina per tre o quattro giorni, disidratazione ed inclusione in paraffina; sezioni tenute in solfoidrato d'ammonio per 12 ore, lavaggio in acqua distillata, passaggio in una soluzione fresca di ferrocianuro di potassio al 20 °/₀ ed acido cloridrico all'1 °/₀ in parti eguali; colorazione di contrasto con allume - carminio.

Il ferro appare come piccoli granuli bleu nelle pareti dei vasi.

L. Grimaldi

NOTIZIE

Nel nostro Manicomio.

La riunione del Consorzio delle Provincie (Campobasso-Cosenza-Foggia-Salerno) ha creduto opportuno inviare un proprio rappresentante nella persona del sig. Comm. Raffaele Pellegrino, segretario generale della Provincia di Cosenza, per coadiuvare il R. Commissario del Manicomio Comm. Moscarella.

All'egregio e colto funzionario, noi diamo il benvenuto, sicuri che l'opera sua, unita a quella del R. Commissario, sarà proficua di bene e che saranno presto sistemati i vari servizi, e risolta specialmente la parte riguardante lo stato giuridico ed economico del personale.

* * *

Il nuovo Manicomio provinciale di Bari.

Bari, dopo la guerra, ha iniziato una nuova vita, feconda di grandezza e di prosperità: non solo dal punto di vista commerciale e quindi pratico, ma anche dal punto di vista intellettuale e quindi spirituale. Bari si accinge a diventare grande città culturale: ha già ottenuto la propria Università degli studi, che le darà splendore, con la creazione della facoltà di Medicina ed ora di quella di legge; ha oggi iniziato la costruzione di un grande Manicomio.

Noi di Nocera Inferiore abbiamo il dovere di diffusamente parlarne, perchè la Provincia di Bari mandava in questo Manicomio i suoi folli; solo dopo la guerra cessò di inviarli, continuando il contratto con la Concessione.

Ma la provincia di Bari, da tempo aveva sentito e si era preoccupata del problema dell' assistenza ai folli, che, data la lontananza di questo Manicomio dai luoghi d' origine, e gli obblighi di un contratto fra diverse provincie ed una concessione, era realmente un problema di difficile soluzione.

Ora Bari, dopo la guerra, con la Università già aperta, si accinge alla costruzione del nuovo Manicomio.

Il 16 febbraio 1923 la Deputazione Provinciale di Bari bandiva un pubblico concorso per la presentazione del progetto per la costruzione di un manicomio per ricoverare in un primo tempo 600 ammalati, tenendo presente la possibilità di ampliamento fino a poterne ricoverare 800, nel terreno di sua proprietà nella zona dell'Agro di Bari, alla contrada *Giardinelli*, a breve distanza dall'abitato del Comune di Carbonara, a confine della ferrovia Bari-Locorotondo. La superficie dell'area, destinata per l'Istituto, è di ettari 37,43.

Il 22 ottobre 1924 la Commissione Reale per l'Amministrazione della Provincia, dopo un'ampia illustrazione dei Commissarii, delegati a far parte della Commissione giudicatrice sui progetti presentati, dichiarava vincitore del concorso il progetto dei sigg. architetti Gaetano Rapisardi, Domenico Sandri, Rapisardi Ernesto.

***

Il concetto informatore del piano generale o piano d'insieme del progetto prescelto è quello di porre sulla strada Bari - Valenzano l'ingresso principale del Manicomio come più comodo per l'accesso dal capoluogo della Provincia, collocando, dopo un vasto piazzale d'ingresso l'edificio della Direzione, comprendente gli Uffici di Direzione, d'Amministrazione, la parte scientifica e didattica, il salone delle Feste, il servizio farmaceutico e le abitazioni del Direttore, Economo, Cappellano e dei medici di servizio.

Prossimo all'edificio della direzione e verso il piazzale d'ingresso sono collocati i due edifici per le osservazioni. Ai lati estremi del piazzale verso la strada, vi sono le due Case di Salute.

Oltrepassato l'edificio della Direzione si presenta un vasto piazzale circolare e un grande viale con andamento circolare, lungo il quale sono collocati la maggior parte degli edifici destinati alle diverse categorie di degenti; nella parte più interna sono situati i fabbricati destinati ai vari servizi generali.

Disseminati negli altri spazii disponibili si trovano altri edifici per provvedere alle altre esigenze dell'Istituto.

Nella parte più estrema dell' area assegnata al Manicomio è collocata la Colonia Agricola con gli edifici che la corredano.

Per ciò che riguarda il punto di vista tecnico sanitario, si osserva che esso risponde ad una netta divisione fra le sezioni donne e le sezioni uomini.

Le sale di osservazione sono collocate verso l' ingresso ed in vicinanza del palazzo centrale, che è la residenza del personale sanitario, e corrispondono in genere alle prescrizioni di legge per la loro ubicazione.

Gli altri edifici sono disseminati nella vasta area, seguendo la prescrizione del programma che li vuole disposti a villaggio.

I servizi generali sono collocati alquanto distanziati e portati in zone periferiche, ma in correlazione fra loro ed alle loro finalità, data la estensione dell'impianto, e sono in comunicazione coi nove reparti dei degenti.

La disposizione del piazzale centrale, e della grande via concentrica al medesimo e dei viali sussidiarii, favorisce bene la viabilità nell' interno del grande Istituto, collegando razionalmente i diversi edifici che lo compongono.

In generale, come è facile osservare, l' architettura del progetto Sandri-Rapisardi è semplice ed ispirata a vero senso di arte. Si distingue, anzi, per il buon equilibrio delle masse in rapporto dei vuoti e dei pieni.

L'edificio è stato inoltre ideato in modo da consentire qualsiasi spostamento di vani e specialmente di masse, come anche di quegli adattamenti che potessero sembrare necessarii per il perfezionamento dell'opera.

Le spese sono state previste nella seguente misura :

1) Spese di carattere generale: scavi, recinzioni impianto « decauville » sistemazione giardinaggio, impianto cucina L. 709.000

2) Edifici di carattere generale. Direzione, Sala necroscopica, ecc. L. 3.257.956.

3) Padiglione uomini, Padiglione donne L. 10.679.044.

4) Impianti speciali L. 3.807.000.

Il Manicomio provinciale di Bari viene dunque a costare circa diciannove milioni.

Si tratta di uno sforzo finanziario non indifferente che è stato compiuto in quanto esso rappresenta, in ultima analisi, un evidente vantaggio, così per il risparmio che esso procura alle Amministrazioni pubbliche, come per i benefici terapeutici e morali a vantaggio dei ricoverati.

I lavori debbono esser terminati almeno per la parte che riguarda i locali di ricovero nel 1929, epoca in cui scade la convenzione con il manicomio, in cui sono attualmente ricoverati i folli della Provincia di Bari.

Noi ci congratuliamo vivamente dello sforzo fatto dalla Provincia per dotare Bari di un grande e moderno Istituto per l' assistenza dei suoi folli.

*
* *

Il XVII Congresso della Società Freniatrica Italiana

Trieste, 24-27 Settembre 1925.

In conformità delle deliberazioni prese al XVI. Congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi in Roma dal 5 all' 8 Aprile del 1923, la prossima nostra Riunione deve aver luogo in Trieste quest'anno.

Il Consiglio direttivo intende dare a questo XVII. Congresso le caratteristiche di attività scientifica e di interesse pratico che ebbero, per le gloriose tradizioni del sodalizio, tutte le precedenti riunioni. E perciò abbiamo pregato i nostri Colleghi di Trieste di volersi costituire in Comitato locale di preparazione e di organizzazione; ci siamo rivolti a coloro che ebbero l'incarico di presentare le relazioni sui temi generali proposti a Roma e abbiamo formulato il seguente programma :

Il Congresso si terrà a Trieste dal 24 al 27 del prossimo settembre: e sono stati già eletti un Comitato d'onore, ed un Comitato effettivo.

La seduta inaugurale del Congresso avrà luogo nella sala maggiore

del Circolo Artistico, Via Corvareo 15, alle ore 10 del 24 Settembre. Le sedute ordinarie saranno invece tenute nella Biblioteca dell'Ospedale « Regina Elena » situato in Piazza dell'Ospedale stesso, alle ore 9 e 16 dei giorni 24, 25 e 26 Settembre.

I temi generali, dopo rinunzia di alcuni Colleghi che furono a Roma nominati relatori, rimangono stabiliti come segue:

I. *La Costituzione in Psichiatria* — Relatori: M. Kobylinsky e G. Vidoni (Genova).

II. *Psichiatria e Psicoanalisi* — Relatore: Edoardo Weiss (Trieste).

III. *Terapia nella Paralisi progressiva* — Relatori: Gustavo Modena, N. De Paoli e Mondini (Ancona).

I Colleghi che volessero fare delle Comunicazioni, sia sui detti temi generali, sia su altri argomenti di Neuropsichiatria, sono pregati di inviare il titolo alla *Segreteria della Presidenza* in *Genova*, *Casella Postale* 879. Contiamo sullo zelo di quanti hanno a cuore non tanto l'esito della Riunione Triestina quanto il progresso della Specialità nostra in tutti i suoi rami teorici e pratici.

In occasione del Congresso il Comitato Triestino organizzerà una visita a qualcuno dei luoghi resi sacri al sentimento di tutti gl' Italiani dalle vicende della Grande Guerra.

Si invitano i Soci della Società Freniatrica ad inviare le due quote annuali di Lire 20 per le due annate 1924 e 1925, nonchè la quota di altre L. 40 per la inscrizione al Congresso.

*
* *

Onoranze al Prof. Colella.

Una medaglia d'oro è stata offerta al Prof. Rosolino Colella, direttore della Clinica delle malattie mentali e nervose di Palermo, da Colleghi, discepoli e ammiratori, con un artistico album. Per la circostanza parlarono vari oratori illustrando l'opera del Maestro nel campo scientifico, sociale e politico.

Ci associamo con animo lieto alle onoranze all'illustre alienista.

*
* *

Nuovo Giornale

Si è pubblicato a Napoli la « *Nuova Rivista di Clinica ed Assistenza psichiatrica e di Terapia applicata* » periodico trimestrale diretto dai proff. Andrea Grimaldi e G. F. Montesano, edito dal Neurocomio e Manicomio privato Russo, in Miano (Napoli).

Oltre allo studio della psicopatologia e della Clinica delle malattie mentali, il giornale si propone lo scopo di valorizzare l'assistenza dei folli in Case private.

Pur essendo contrari per pricipii a questa industrializzazione degli alienati noi diamo il benvenuto alla nuova pregiata Rivista.

*
* *

Nella Regia Università di Milano

Il Consiglio della facoltà di medicina della R. Università degli Studii di Milano ha approvato il programma del corso libero: «*Elementi di psicopatologia*», che l'on. prof. dott. Ferdinando Cazzamalli, docente di clinica delle malattie mentali e nervose, svolgerà durante l'anno scolastico 1924-1925. Il corso ebbe inizio nel febbraio ultimo, presso la clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Milano.

*
* *

Il nuovo Direttore del Manicomio di Napoli.

In seguito a concorso è stato nominato dal Consiglio provinciale di Napoli a Direttore del Manicomio l'egregio Prof. Michele Sciuti, che lo reggeva interinalmente. La terna vincitrice era composta dai Proff. La Pegna, Bianchi, Sciuti. Al chiaro alienista le congratulazioni e gli auguri di "Il Maniconio,,.

* * *

Pel 25. anno di Regno di S. M. Vittorio Emanuele III.

In questa fausta ricorrenza la Provincia di Torino ha deliberato di erigere un nuovo ricovero provinciale per malati di mente, con speciale riguardo ai minorati di guerra, da intitolarsi al nome del Sovrano: spesa preventivata 5 milioni. Esso dovrà sorgere in prossimità di Grugliano.

* * *

Pensione ai Medici Manicomiali.

Al Congresso della Corporazione Sanitaria fu votato all'unanimità un Ordine del giorno dei Dottori Baroncini, Pini e Zuccari, nel quale si domanda che i Medici manicomiali, ove non esistano Casse di Pensione locali ed ove il trattamento della Cassa Nazionale non possa essere integrato dalle Amministrazioni locali, vengano inscritti per analogia di posizione economica, alla Cassa Nazionale degl'Impiegati dello Stato anzichè alla Cassa pensione dei Sanitari.

Nei Manicomi.

I nuovi organici di Genova: Medici direttori: L. 21.000, Medici: L. 14.000. Aumenti periodici: medici direttori 4 aumenti triennali di L. 2000 e alloggio gratuito; medici 4 aumenti triennali e 2 quadriennali di L. 1400. Ai già medici primari è conservata una indennità di carica di L. 1000, computabili agli effetti della pensione. A quelli aventi già incarico di supplenza del Direttore è conservata transitoriamente l'indennità di L. 600. Integrazione delle pensioni della Cassa di Previdenza fino a raggiungere il limite delle pensioni dello Stato. Negli stipendi organici rimane assorbito fino a concorrenza di L. 780 annue la prima indennità caroviveri. Integra la seconda. Le tabelle hanno decorrenza dal 1. Luglio 1924.

*
* *

Nell'Ospedale Psichiatrico di Siena.

Dal 1. Gennaio sono andate in vigore le nuove tabelle organiche di tutto il personale.

Il trattamento fatto ai Sanitari è il seguente: Direttore L. 18.000, Vice Direttore L. 14.000, Medici di Sezione L. 12.000; cinque aumenti quadriennali del decimo; caroviveri come agl'impiegati statali. Direttore e Vice Direttore l'alloggio per famiglia obbligatorio. I medici già in carica usufruiscono dell'alloggio per famiglia o di una speciale indennità « ad personam » di L. 2400 annue.

*
* *

Concorsi nell'Ospedale Psichiatrico di Siena.

I. E' aperto il Concorso per titoli scientifici e pratici all'Ufficio di Medico di Sezione Vice Direttore retribuito con l'annuo stipendio di L. 14.000, aumentabili di un decimo per cinque quadrienni consecutivi. Il Medico di Sezione Vice Direttore godrà di un quartiere per famiglia annesso all'Istituto con l'obbligo di risiedervi. Al titolare sarà inoltre corrisposto temporaneamente l'indennità caro viveri in ragione di L. 200 mensili per quelli con famiglia a proprio carico.

II. E' aperto il concorso ad un posto di Medico di Sezione con l'annuo stipendio di L. 12.000, aumentabili di un decimo per cinque quadrienni consecutivi. Al titolare sarà inoltre corrisposto temporaneamente l'indennità caro viveri in ragione di L. 200 mensili per quelli con famiglia a proprio carico.

Per il trattamento di riposo sarà inscritto alla Cassa di Previdenza per le pensioni dei Sanitari di cui nel Testo unico 2 gennaio 1913 N. 453.

*
* *

Manicomi giudiziari del Regno.

Gon decreto 20 aprile 1925 del Ministro della Giustizia e Affari di Culto è stato aperto il concorso per titoli a due posti di Medico Primario alienista nei Manicomi giudiziari del Regno, retribuito con lo stipendio iniziale di L. 11.600, oltre L. 2800, supplemento servizio attivo, L. 1000 di indennità ed il caro viveri secondo le misure attualmente in vigore.

Per maggiori schiarimenti o delucidazioni chi vi abbia interesse può rivolgersi alle Segreterie delle R. Procure.

Gli AA. e le Case editrici che inviano in dono al Giornale « IL MANICOMIO » copia delle loro opere, oltre ad un cenno bibliografico, avranno l'annuncio in copertina.

Anno XXXVIII 20 Dicembre 1925 N. 3.

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

Conto corrente con la posta

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1925

„IL MANICOMIO„ **Giornale di Psichiatria e Scienze affini,** esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30,** un fasc. separato **L. 10.**
« l'Estero . . . » **40,** » » » » **15.**

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 3.

Lavori Originali:

Bibliografie e recensioni:

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II.
Diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

Dott. CARMELO VENTRA
MEDICO ORDINARIO

AUTONOMIA CLINICA E PATOGENESI VEGETO-ENDOCRINO-EMOTIVA DELLA NEVROSI TRAUMATICA

Comunicazione fatta al XVII. Congresso della Società Freniatrica Italiana
Trieste 24-27 Settembre 1925

Il processo di revisione critica, cui nel fervore attuale degli studii psichiatrici è sottoposto il capitolo delle nevrosi, coinvolge di conseguenza anche la nevrosi traumatica. Questa forma morbosa, ritenuta per lo passato di natura puramente psicogena, viene oggi principalmente riferita *a un disturbo primario della sfera vegeto - endocrino - emotiva. I disturbi psichici sarebbero nel loro complesso secondarii e conseguenti a quelli fisiopatici.*

Esiste la nevrosi traumatica, o esistono delle nevrosi traumatiche?

Questa nuova concezione patogenetica sconvolge sostanzialmente le idee fino ad oggi correnti intorno alla natura isterica (Charcot) o pitiatica (Babinski) o, in generale, psicogena della sindrome, e pone sul tappeto della discussione un problema clinico di capitale importanza. Si può, cioè, in base ai nuovi concetti patogenetici rimettere in onore la figura della *nevrosi traumatica* intesa nel senso di entità clinica autonoma, o bisogna sempre parlare di *ne-*

vrosi traumatiche, al plurale; di forme neurosiche, cioè, fra loro clinicamente diverse, ma riunite in un tronco comune in virtù dell'elemento *trauma?*

In altri termini, le forme isteriche, neurasteniche, istero-neurasteniche, debbono continuare a costituire il gruppo delle nevrosi traumatiche, così come per il passato; oppure è possibile isolare una forma neurosica diversa da queste, alla quale, sia per il suo aspetto clinico, sia per le sue condizioni patogenetiche possa essere più propriamente riservato l'appellativo di nevrosi traumatica?

Ecco il problema che bisogna risolvere anzitutto dal punto di vista clinico.

Cenni storici.

Ricordiamo pertanto sommariamente che la nevrosi traumatica, sorta dalle vedute originali dell'E r i c h s e n, arieggiò in un primo momento la sindrome classica di una neurastenia fondata su lesioni nervose commozionali prodotte dal trauma. Si parlò così in un primo tempo di *railway-spine*, quando si credette che il processo patogenetico consistesse in una meningo-mielite cronica; e si parlò in un secondo tempo di *railway-brain*, e di *railway-spine and brain*, quando si notò l'associazione, talvolta prevalente, di sintomi cerebrali ai sintomi spinali.

Cominciò più tardi un processo selettivo per opera dell'H o d g e s, il quale notò che molti casi presentavano disturbi di natura funzionale. E venne il momento in cui gli studii del W a l t o n, del P a g e, del P u t n a m, ecc., mettendo in rilievo la natura nevrosica delle sindromi traumatiche, cominciarono ad incanalarle nel binario scorrevole dell'isterismo.

In un secondo periodo di tempo l'O p p e n h e i m e il T h o m s e n da un canto ripresero la quistione, sostenendo che la sindrome nervosa presentata dagl'infortunati fosse dovuta a lesioni organiche cerebrali, associate a sintomi di nevrosi; mentre da un altro canto

sorse lo Charcot ad affermare nelle sue classiche lezioni alla Salpêtrière la natura isterica delle sindromi traumatiche.

L'Oppenheim modificò in seguito il suo concetto originario, riconoscendo la natura neurosica di molte forme, ma mettendo a base, come conseguenza del trauma, la determinazione di fini alterazioni molecolari in quei campi da cui dipendono le più alte funzioni psichiche e le funzioni motorie, sensoriali e sensitive, che stanno in rapporto con esse. E per quanto l'opinione dell'Oppenheim fosse stata confortata in tutto o in parte da ricerche di studiosi come il Vibert, lo Schmaus, il Bikeles, il Kazowski, il Friedmann, il Köppen, il Kronthal, il Lövenfeld, il Mingazzini, il Grasset, lo Strümpell, ecc., i quali contribuirono col reperto di fini alterazioni anatomiche riscontrate nei neurotraumatizzati, pure le idee dello Charcot sulla natura puramente psicogena della sindrome prevalsero, come prevalgono ancora, ed il concetto della nevrosi traumatica è assorbito, stemperato e confuso nel *mare magnum* delle nevrosi isteriche, neurasteniche, ecc.

Di conseguenza il concetto dell'autonomia clinica della nevrosi traumatica ha perduto fin qui ogni valore. Si ritiene infatti generalmente che il trauma non genera una sindrome particolare (Schultze, Jollie) ma una varietà infinita di sindromi neurosiche identiche alle ordinarie forme isteriche e neurasteniche (Moglie). Perciò si parla di *nevrosi traumatiche*, al plurale, e non più di *nevrosi traumatica*. Solo alcuni autori, come per esempio il Tanzi e il Lugaro, descrivono la nevrosi traumatica nella sua forma classica, in modo analogo al quadro nosografico che ne avea dato l'Oppenheim, ma pure si fermano a considerare come *varietà* tutte le altre forme che ad essa si ricollegano. Altri, come il Morselli, parlano di una *forma generale della nevrosi traumatica*, analoga a quella descritta dall'Oppenheim, dal Tanzi e Lugaro, ecc., ma la credono rara e la collocano allo

stesso livello delle altre forme di nevrosi traumatica. Altri addirittura non fanno distinzione alcuna, e sotto la denominazione comune di *nevrosi traumatiche*, al plurale, pongono sullo stesso piano tanto quella che gli autori sudetti descrivono come forma classica o generale della nevrosi in parola, quanto tutte le altre forme morbose così dette traumatiche, le quali abbracciano le paresi, le paralisi, le contratture degli arti con o senza disturbi della sensibilità, le disbasie, le astasie-abasie, i tremori, i tics, gli spasmi, i movimenti coreiformi, il mutismo, il sordomutismo, la balbuzie, la camptocormia, l'epilessia, l'isterismo, l'ipocondria passiva e reattiva, la neurastenia, l'istero-neurastenia, ecc.

In altri termini, ogni volta che ci si trova di fronte ad una forma morbosa psiconeurosica, manifestatasi in seguito ad un trauma, si parla senz'altro di neurosi traumatica, *senza riguardo nè alla diversità clinica della manifestazione morbosa nei singoli casi, nè alla diversità del processo patogenetico, nè alla differenza dei rapporti etiopatogenetici con l'elemento trauma.*

Ora la condanna della concezione corrente è appunto in questa posizione falsa di rapporti.

Noi non riusciamo infatti a trovare una ragione sufficiente, che giustifichi la confusione di sindromi *diverse*, a tipo neurastenico, ipocondriaco, isterico, istero-neurastenico, epilettico, sotto la denominazione generica e comune di nevrosi traumatiche. Clinicamente si differenziano fra loro in modo netto e preciso. Patogeneticamente lo stesso, almeno allo stato attuale delle conoscenze. Etiologicamente non si può dire che il trauma rappresenti l'elemento conciliatore, perchè in alcune esso costituisce di fatti il momento etiologico, mentre in altre non ha altro valore che di semplice causa occasionale.

Il trauma e le cosidette nevrosi traumatiche.

Consideriamo, per esempio, dal punto di vista etiopatogenetico le forme isteriche. In esse il trauma — fisico, o psichico, o fisio-

psichico che sia — non rappresenta che il fattore occasionale, rivelatore di un processo morboso latente allo stato potenziale. Esso agisce, cioè, sopra una costituzione particolare, qual'è la costituzione isterica, e mette in evidenza una delle polimorfe sindromi isteriche. Lo afferma lo stesso Charcot, nel modo più deciso e preciso. Egli pensa infatti che il trauma non ha che il valore di *una causa accidentale, che viene a mettere in evidenza un isterismo latente* (Tanzi e Lugaro). Più recentemente il Murri, in una conferenza tenuta all'Associazione Sanitaria Milanese, ha dichiarato di non credere che vi sia ragione per costituire della nevrosi traumatica una entità morbosa a sè, ed ha insistito sulla natura prettamente isterica di molti casi da lui veduti e narrati con scultoria eloquenza ai suoi uditori.

Di molti, ma non di tutti, come credeva anche lo Jendrassik.

Ora in questi casi d'isterismo traumatico — che secondo il Friedel raggiungono il 33 °/₀ dei neurotraumatizzati uomini ed il 50 °/₀ delle donne; e secondo il Morselli il quarto o quinto degli uomini, con un po' più di frequenza proporzionale nelle donne — il trauma non fa che esteriorizzare la sindrome latente, *la quale clinicamente non differisce dalla corrispondente forma dell'isterismo comune.* Neanche in quei casi che la letteratura di guerra ha moltiplicato all'infinito. Su questo punto gli autori sono concordi.

***

Nelle forme neurasteniche, ipocondriache, psicasteniche, isteroneurasteniche, epilettiche, il trauma ha un valore diverso. Alcune volte rappresenta con fondate ragioni il momento etiologico; altre volte no. I cenestopatici costituzionali per es.: quelli di cui parla il Buscaino, offrono un terreno fecondo all'azione deleteria del trauma; ma in quei casi il trauma opera sopra un particolare terreno costituzionalmente predisposto, e non si può quindi attribuire ad esso un valore etiologico.

Ad ogni modo, rappresenti o meno il trauma il fattore causale, è certo che la sindrome che ne consegue — sia essa genuinamente neurastenica, ipocondriaca, psicastenica, istero-neurastenica, epilettica o mista — *non differisce clinicamente dalle corrispondenti forme non traumatiche.*

*
* *

Ed allora, se tutte queste forme morbose sono fra loro clinicamente diverse, e l'elemento *trauma* ha per esse un diverso valore etiopatogenetico, rappresentando solo in taluni casi il fattore causale, ed in altri, che sono forse la maggior parte, soltanto una causa occasionale, qual'è la ragione che giustifichi il raggruppamento di queste forme sotto la denominazione comune di nevrosi traumatiche?

Noi non sappiamo invero trovarla.

Riteniamo perciò giustificato lo smembramento di questo amalgama artificioso di sindromi morbose, e crediamo che ritorni a tutto vantaggio di una maggiore chiarezza clinica, il relegare ciascuna di queste sindromi nel capitolo rispettivo delle forme genuine, sia pure considerandole come *varietà traumatiche di esse.*

Così le paresi. le paralisi, la camptocormia, i tics, gli spasmi, le coree, le contratture, il mutismo, la balbuzie, ecc. dovranno essere considerate come varietà traumatiche delle corrispondenti forme isteriche genuine. L'epilessia traumatica rappresenterà una varietà dell'epilessia, al pari dell'epilessia alcoolica, dell'epilessia psicastenica (Oppenheim) o paraepilessia (Dana), dell'epilessia affettiva (Bratz). Le forme neurasteniche, ipocondriache, di origine traumatica, saranno considerate nei rispettivi capitoli della nevrastenia pura, della ipocondria semplice, ecc., come varietà di esse.

Valore clinico e valore medico-legale dell' indennizzo.

Si dirà: conveniano sui concetti suesposti circa la diversità clinica ed etiopatogenetica delle sindromi traumatiche, ma crediamo

di dover mantenere il loro raggruppamento in un tronco unico, sia per la natura psicogena comune, sia per le ragioni medico-legali dell'indennizzo, che rendono fra loro simili queste forme morbose da trauma.

L'obbiezione non regge.

Circa la natura puramente psicogena della nevrosi traumatica abbiamo fatto le nostre riserve. I processi morbosi psichici infatti hanno nella patogenesi di detta forma morbosa quella posizione di reciproca influenza che esiste tra *soma* e *psiche*, ma secondo l'interpetrazione patogenetica moderna non sono essi i principali generatori della sindrome. Sono anzi secondarii alle manifestazioni somatiche, pur esercitando conseguentemente su queste la loro azione importantissima. Di ciò avremo modo di occuparci nel capitolo della patogenesi.

Ma, si aggiunge, tutte queste forme traumatiche sono generate dall'idea dell'indennizzo. Raggiunto lo scopo della liquidazione, guariscono, specialmente e più rapidamente quelle con prevalenza di sintomi isteriformi (Medea).

Morselli, per es., assegna l' 80-90 °/₀ di guaribilità alle sindromi isteriformi, e il 100 °/₀ alle sindromi nevrasteniche. Fragnito conta sul 100 °/₀ di guarigioni.

Il loro raggruppamento è dunque giustificato da questa impronta particolare, che ad esse danno i motivi medico-legali dello indennizzo.

Noi contestiamo questa necessità, per i seguenti motivi.

La quistione dell' indennizzo ha un duplice aspetto: clinico e medico-legale.

Il suo valore clinico è lo stesso, tanto nelle forme sudette di neurastenia, isteria traumatica, ecc., quanto in quella forma morbosa che noi descriveremo sotto il nome specifico di nevrosi traumatica. Anzi diciamo a questo proposito, per non doverci in seguito ripetere, che noi crediamo ingiustificata tanto la distinzione che

alcuni fanno tra *nevrosi traumatica* e *nevrosi da indennizzo*, quanto l'assorbimento della prima in quest'ultima. La nevrosi traumatica pura esiste, indipendentemente da qualsiasi idea d'indennizzo.

Ognuno ha potuto osservarne dei casi. Buscaino e Coppola ne hanno recentemente illustrato uno molto dimostrativo. E nelle storie cliniche che riporteremo, non mancano di tali casi (oss. IV e XXXIII).

L'idea dell'indennizzo è un'idea che ha un valore indiscutibile nelle sindromi traumatiche, qualunque sia il loro aspetto clinico, ma non è essa sola capace di generare, come si vorrebbe, la sindrome morbosa. Può esagerare i sintomi preesistenti, come di ordinario avviene; può magari in qualche caso aggiungerne altri per influenza autosuggestiva; può contribuire a stabilizzare il quadro morboso; ma a crearlo di sana pianta non riesce mai. Se così non fosse, vedremmo moltiplicarsi all'infinito le sindromi traumatiche. Ciò che non è. O quando ciò avviene, la nevrosi è simulata, ed è agevole riconoscerla.

L'idea dell'indennizzo è secondaria. Viene dopo. Dopo che il trauma ha provocato nell'*humus nervoso*, già predisposto costituzionalmente o per ragioni intercorrenti, il tumulto vegeto-emotivo che la coscienza avverte, le idee del paziente si polarizzano verso quella condizione di sofferenza biogenetica, e mentre lo stato fisiopatico esercita il proprio dominio sulla psiche, d'altro canto la psiche contribuisce a mantenere e stabilizzare entro certi limiti, e forse anche a stimolare, i processi fisiopatici, in virtù di quella reciprocanza di rapporti, che trova la sua giustificazione non solo nella esperienza clinica, ma anche in condizioni anatomo-fisiologiche, come in seguito avremo modo di rilevare. E' un circolo vizioso che si chiude, e mantiene stabile la sindrome neurosica, fino a quando non interviene a romperlo un elemento nuovo.

Ora l'idea dell'indennizzo, nei casi indennizzabili, non è del tutto estranea in questo gioco di rapporti, ma *si trova allo stesso*

livello delle altre idee morbose. Essa compare tardivamente. Il neurotraumatizzato, quando incomincia ad avvertire le sue sofferenze, si preoccupa prima di tutto del suo stato di salute. Egli soffre, e darebbe tutto, per alleviare le sue sofferenze. Più tardi perde la fiducia nella guarigione. Ed allora non vede che la rovina perpetua del suo organismo defedato. Egli non potrà più star bene, non potrà più riprendere il lavoro, non potrà più guadagnarsi il necessario alla vita, per sè, per la famiglia. Ed allora subentra l'idea dell'indennizzo, che, come tutte le idee interessate, raggiunge un alto potenziale emotivo, esalta ed esagera tutte le sofferenze ed è causa di maggiore squilibrio in quel circolo vizioso dei disturbi psico - fisiopatici, che sono a fondamento della nevrosi traumatica. Si comprende di leggieri che, agendo sopra uno degli anelli di questa catena chiusa, ed eliminando con l'indennizzo un fattore ideo-emotivo di primissimo ordine, si stabiliscano delle condizioni favorevoli alla reintegrazione normale degli altri processi morbosi psico e fisiopatici. Non avviene nulla di diverso, di quel che si verifica nei casi di nevrosi traumatica pura, in cui la terapia non dev'essere rivolta soltanto alle condizioni fisiopatiche dei neurotraumatizzati, ma ancora consensualmente alle condizioni psichiche di essi, per cui sono richieste condizioni opportune di vita e di ambiente, nonchè tutta l'influenza suggestiva che il medico sa e può esercitare.

Sembra chiaro quindi che l'idea dell'indennizzo ha, nei casi indennizzabili, la stessa posizione che hanno le altre idee morbose nei casi di nevrosi traumatica pura, e che la distinzione delle due forme non ha ragione di essere. Tutt'al più, se si vuol conservare la espressione di nevrosi da indennizzo, essa non deve avere che *un valore puramente formale*, per distinguere i casi indennizzabili da quelli che non lo sono.

Alla stessa conclusione si può arrivare anche per i casi d'isterismo, di neurastenia traumatica, ecc. Tanto in queste, come in

quelle di nevrosi traumatica l'idea dell'indennizzo ha valore di sintomo, sia pure importantissimo, ma non di momento patogenetico.

S'intende che ci riferiamo all' *idea morbosa* dell' indennizzo, che rientra nel corredo fenomenico della sindrome, e non a quell'idea d'indennizzo ch'è messa artatamente in moto con piena scienza e coscienza, perfino in ogni piccolo graffio, a scopo di volgare speculazione pecuniaria. In questi casi, che spetta all' acume critico del medico sceverare, essa *non ha valore di una idea morbosa, e non può quindi formare oggetto di considerazione.*

*
* *

L' idea morbosa dell' indennizzo oltre al suo valore clinico e terapeutico, ha un valore medico-legale sempre positivo.

L'infortunato che ha subito un trauma, ha subito evidentemente un danno, sia che il trauma abbia agito sopra una costituzione tarata, esteriorizzando una sindrome morbosa latente, sia che abbia causato un processo patologico in un individuo precedentemente sano. Vuol dire che nell'uno o nell'altro caso la proporzione dello indennizzo avrà una misura diversa, ma, contrariamente a quanto pensa qualcuno, sarà sempre giustificata ed umana, non solo perchè il risarcimento del danno risponde ad una condizione di diritto derivante da uno stato di fatto, ma anche perchè agevola la guarigione, assicurando al paziente le ragioni fondamentali della vita, o eliminando l' azione urgente di una idea morbosa ad alto potenziale emotivo.

Ma, tornando al nostro assunto, tutto questo non ci dice che sia necessario raggruppare in un tronco comune tutte le sindromi traumatiche. Anzi ci dice il contrario. Ci dice, per es., da una parte che, come vi sono forme neurotraumatiche indennizzabili, ve ne sono altre moltissime che non sono tali, e quindi l' idea

dell'indennizzo, più che ad accomunarle, induce a distinguerle e separarle.

Ci dice d'altra parte che una posizione diversa esiste anche tra le forme indennizzabili stesse. Nei casi d'isterismo traumatico, per es., la valutazione medico-legale dell'indennizzo dev'essere diversa da quella, poniamo, di un caso di neurastenia di natura prettamente traumatica, o di nevrosi traumatica pura, in cui il trauma rappresenti indiscutibilmente il fattore causale.

La quistione dell'indennizzo quindi non giustifica neanch'essa la confusione delle sindromi sotto la denominazione generica di nevrosi traumatiche. Al massimo la quistione medico-legale dell'indennizzo può stabilire dei punti di contatto fra le diverse sindromi traumatiche, ma non la loro identificazione e confusione, ed il raggruppamento di queste forme morbose traumatiche in un capitolo comune può avere soltanto *una giustificazione didattica o di più facile intesa* nel campo pratico e medico-legale.

***

Dopo quanto abbiamo precedentemente esposto, considerato che le forme isteriche, neurasteniche, epilettiche, ecc., di natura traumatica in senso lato, differiscono fra loro sia dal punto di vista clinico e patogenetico, che per il loro momento etiologico e per la valutazione medico-legale, resta giustificato il nostro concetto, *di relegare cioè queste forme nei rispettivi capitoli delle forme pure, sia pure considerandole come varietà traumatiche di esse.*

Concetto e limiti della nevrosi traumatica.

E allora che cosa deve intendersi per nevrosi traumatica?

Qual'è la forma clinica che deve rispondere a tale distinzione tassonomica?

Chi ha una larga esperienza nel campo dell'infortunistica, si è trovato senza dubbio di fronte a quadri clinici che ha potuto

agevolmente inquadrare nel campo delimitato e specifico dell'isteria o della neurastenia o dell'ipocondria, ecc. Anzi spessissimo è stato portato dalla chiarezza e purezza della sindrome a fare la diagnosi *specifica* d'isterismo traumatico, neurastenia traumatica, ecc.

Ma in molti casi si è trovato di fronte a delle sindromi così varie e complesse, da non poterle costringere nel campo specifico di una delle sindromi sudette. Ed allora ha fatto la diagnosi generica di nevrosi traumatica. Ciò vuol dire che, oltre alle forme semplici e pure, *ve ne sono altre più complesse e varie, che offrono delle caratteristiche particolari, e non possono essere inquadrate nelle forme semplici, senza essere deturpate o minorate.*

Guardiamole addentro queste sindromi, per esaminare se esse possono essere insieme raggruppate da una certa uniformità clinica e da un concetto etiopatogenetico comune, sì da costituire esse solo la forma tipica della nevrosi traumatica.

***

Abbiamo visto nei brevi cenni storici che l'Oppenheim aveva dato un quadro clinico della nevrosi traumatica, in cui, oltre i disturbi psichici avevano gran peso i disturbi fisiopatici. Abbiamo visto inoltre che autori come il Tanzi e il Lugaro descrivono una forma di nevrosi traumatica vicina a quella tracciata dall'Oppenheim. Ed abbiamo visto ancora che il Morselli, dopo aver parlato delle forme isteriche, neurasteniche, istero-neurasteniche, ecc., ha sentito il bisogno di fermarsi nella descrizione minuta di una varietà, secondo lui, di nevrosi traumatica, alla quale ha dato l'appellativo di *forma generale della nevrosi traumatica.* La nosografia di questa forma risponde appunto a quella dell'Oppenheim e del Tanzi e Lugaro.

Ora a questa forma generale soltanto dev'essere, secondo il nostro concetto, esclusivamente riservato l'appellativo di *nevrosi traumatica.*

La sintomatologia che il Morselli le assegna è la seguente:

« Dolori nella parte offesa del trauma, dove sussegue subito un impedimento ai movimenti attivi e sua immobilizzazione (suggestiva) — perturbazioni psichiche di carattere ipocondriaco - melanconico — cefalea e vertigini — spasmi muscolari generalizzati (la cosidetta *epilessia riflessa*, da relegare, secondo il Morselli, in altro quadro), oppure localizzati — insonnie — debolezza muscolare — esagerazione dei riflessi tendinei — aumento della eccitabilità meccanica dei nervi e muscoli — frequenza del polso, talvolta con aritmia, cui può tener dietro un vizio organico di cuore — più tardi ateromasie delle arterie — dermografismo — canizie precoce e calvizie — tremore, spesso con contrazioni fibrillari — paresi e paralisi, frequentemente con contratture, più di rado flaccide e con amiotrofie — disturbi sensitivi e sensoriali, per lo più con perdita o indebolimento della sensibilità a localizzazione sistematica — neuralgie articolari — pseudo-atassia nella locomozione — disturbi della favella, mutismo, balbuzie — anisocoria, e qualche volta rigidità pupillare — rapido deperimento delle forze ed emaciazione — difficoltà di mingere — stipsi — impotenza genitale — in pochi casi poliuria, albuminuria, glicosuria ».

Vediamo ora specificatamente come si manifesta generalmente questa forma morbosa, e come sorgono, si susseguono e si complicano i sintomi.

All'azione del trauma segue d'ordinario o uno stato di stordimento e di inibizione psichica, o un accesso confusionale o convulsivo con o senza perdita della coscienza, accompagnato o meno da allucinazioni spesso a tipo onirico, o una fase di eccitamento psicosensoriale di varia intensità. Cessato questo periodo acuto di varia durata, o l'individuo si reintegra completamente, o si reintegra per cadere in un accesso di esaltamento ansioso tutte le volte che viene a trovarsi volontariamente o meno delle medesime condizioni del

momento in cui ha subito il trauma, oppure, come avviene nella maggioranza dei casi, dopo un intervallo più o meno lungo e talvolta di apparente guarigione, succede un insieme di depressione melanconica con preoccupazioni ipocondriache, di faticabilità sensoriale e psichica, d'irritabilità emotiva, di difetto evocativo con integrità dei ricordi, che s'accompagna a una particolare espressione mimica, ad insonnia, a sogni terrifici.

Il paziente accusa allora disturbi della sensibilità (parestesie, iperestesie, algie) che costituiscono forse la parte più penosa delle sue sofferenze. Spesso accusa dolori nel punto traumatizzato, oppure iperestesie diffuse. Quasi sempre è astenico e non si occupa di nulla, perchè si esaurisce presto. Anche la lettura lo stanca facilmente. Molti preferiscono passare a letto gran parte della giornata, dominati dallo sconforto e dalla sfiducia nella guarigione.

Questo dal punto di vista subbiettivo.

Dal punto di vista obbiettivo si riscontrano dei sintomi fisiopatici, cui fino ad oggi è stato dato scarso valore, ma che invece hanno una importanza grandissima, specialmente in rapporto al concetto patogenetico della nevrosi traumatica.

Così spessissimo si notano iperalgesie, che possono essere esagerate, ma sono reali, come si può dimostrare sia con l'accentuata midriasi pupillare agli stimoli della zona iperalgesica, sia con la prova Mannkopf (aumento delle pulsazioni cardiache agli stimoli dolorosi, maggiore che negl'individui normali), sia per elevazione brusca della pressione sanguigna alla pressione delle zone iperalgesiche. Il campo visivo è spesso concentricamente ristretto. Esistono anche spesso tremori diffusi o più raramente localizzati.

I riflessi sono molte volte accentuati. Il riflesso oculo-cardiaco si trova il più spesso negativo, a volte persino invertito, ottenendosi accelerazione dei battiti (Pighini).

I sintomi a carico della funzione cardiaca sono degni di particolare rilievo. Quasi sempre si riscontra una notevole tachicardia,

che a volte è transitoria, a volte permanente, esacerbantesi ad ogni stimolo. Gli sforzi muscolari e la posizione del corpo modificano la frequenza del polso (prove di Erben e di Thomayer).

Talvolta si riscontrano aritmie. La bradicardia è rara. La pressione sanguigna é esagerata (210-220 mm. di Hg. al Riva-Rocci), ed aumenta di più ad ogni emozione.

I disturbi dell'apparato digerente sono pressocchè costanti.

Si nota ora inappetenza, ora bulimia, talvolta dilatazione gastrica, guazzamento, ipoacidità o iperacidità, pirosi, eruttazioni, senso di peso o di dolore all'epigastrio, meteorismo, fratulenza, stipsi o diarrea. Vi è sovente poliuria, talvolta ad accessi. Qualche volta enuresi. Spesso si nota ossaluria, glicosuria alimentare e levulosuria. I malati si lagnano spesso di disturbi della sfera sessuale, ora a tipo eretistico, ora con sintomi di difetto, che può arrivare all'impotenza completa. Alcune volte vi è dimagrimento notevole, altre volte invece lo stato fisico è florido. L'esame del sangue dimostra quasi sempre diminuzione cospicua dei globuli rossi e della emoglobina. Talvolta si ha canizie e calvizie precoce. Spessissimo si nota lingua fortemente impatinata, ingrossata, con le impronte dei denti.

Sicchè, riassumendo, la nevrosi traumatica, quale noi la intendiamo, è nosograficamente rappresentata da due gruppi di sintomi:

a) sintomi fisiopatici;
b) sintomi psichici.

I sintomi fisiopatici (disturbi della sensibilità e dei riflessi, tremori, tachicardia, rigidità e disuguaglianza pupillare, stipsi, impotenza, poliuria, albuminaria, sintomi di basedovismo, algie, aritmie, ecc.), che, secondo la interpetrazione tradizionale, venivano considerati di origine psicogena, e perciò d'importanza secondaria, vengono oggi, secondo la nuova concezione patogenetica, collocati al primo posto, e ad essi vien data la maggiore importanza. Sono essi i disturbi primarii, che conseguono immediatamente al trauma, e

si dileguano tardivamente, anche quando i sintomi psichici, più clamorosi perchè più appariscenti, sono completamente scomparsi.

I sintomi psichici hanno il colorito costante di fenomeni depressivo-ipocondriaci, e costituiscono con tali caratteri il nucleo fondamentale della sintomatologia psichica. Essi però sono secondarii, e nel loro complesso sono stimolati e originati dai disturbi fisiopatici, verso i quali a loro volta si orientano e polarizzano.

Esamineremo più tardi questo processo, quando parleremo della patogenesi della nevrosi traumatica.

Per ora ci corre l'obbligo di confortare il nostro assunto con i dati dell'osservazione e dell'esperienza clinica.

Abbiamo voluto in proposito consultare alcune storie cliniche di neurotraumatizzati, raccolte in epoca in cui non era possibile nella indagine semiologica l'influenza suggestiva d'idee preconcette.

Abbiamo perciò qui sott'occhio 51 storie cliniche di ferrovieri neurotraumatizzati, inviati in osservazione nel Sanatorio « Villa Chiarugi » di Nocera Inferiore, nel decennio 1910-1920, in base a regolare contratto stipulato fra l'Amministrazione delle ferrovie dello Stato e la Direzione di quel Sanatorio. La maggior parte di esse sono state redatte accuratamente dal Direttore del Sanatorio prof. Ventra, consulente neuropsichiatrico delle Ferrovie dello Stato, o da altri Sanitarii. Solo da noi qualcuna. Però abbiamo avuto modo di presenziare all'esame della gran parte dei sudetti infortunati.

Di questi 51 casi, 18 riguardano forme di epilessia essenziale, di petit mal, di sifilide cerebrale, di confusione mentale, di disturbi nervosi periferici e di simulazione di essi. Li scartiamo senz'altro.

Riepiloghiamo invece le altre, con la diagnosi *allora* formulata:

Oss. I. — S. G. fu Diego, di anni 50, da Reggio Calabria, macchinista.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto malaria. Pregressa arteriosclerosi. In seguito ad un urto di carri ferroviarii ha riportato ferita alla regione occipito - parietale destra e contusione al piede dello stesso

lato. Gli si manifestarono subito vertigini e cefalea, e quando, dopo 14 giorni, riprese servizio, alla vista di un carro sfasciato, svenne. Non ha potuto più lavorare. Accusa spossatezza e vertigini e presenta una sindrome depressiva. Assenza di sintomi somatici, ad eccezione di una certa vivacità dei riflessi rotulei.

Diagnosi: Neurastenia traumatica.

Oss. II. — M. S. di Giovambattista, di anni 25 da Casarano, frenatore.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto reumatismi e gastroenterite. In uno scontro ferroviario ha riportato diverse ferite alla faccia ed alla palpebra sinistra, essendo stato sbattuto a capo fitto lungo una scarpata. Per otto giorni è stato senza coscienza, e poi fiacco, ipocondriaco, con persistente cefalea, di umore tetro. Notasi iperestesia ed iperalgesia, specialmente alla metà sinistra del capo, accentuazione dei riflessi tendinei, clono del piede, lieve Romberg. Esiste inoltre anisocoria e pregressa emorragia nel vitreo dell'occhio sinistro.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. III. — A. S. di Luigi, di anni 29, da Napoli, manovratore.

Mentre agganciava dei carri, fu colpito alla regione sinistra del petto dalla maglia di un tenditore, spezzatosi in quel momento. Successivamente si manifestarono tremori, eretismo nervoso e psichico, iperemie vasomotorie al viso, esagerata emotività, tachicardia.

In atto, presenta tremore a larghe oscillazioni, che nello stato di relativa calma si limita al capo ed agli arti di destra, mentre negli stadii accessuali, o sotto lo stimolo delle emozioni, si diffonde intensamente anche a sinistra. Il tremore è indipendente dai movimenti volontarii, si modifica poco nelle varie posizioni del corpo, cessa durante il sonno. La parola è ostacolata nei periodi accessuali. La scrittura è impossibile. La sensibilità è vivace a destra, specie nella regione mammillare. I riflessi sono torpidi. Il campo visivo ristretto a sinistra. Emotività esagerata, depressione abituale e stato di continua tensione paurosa. Di tanto in tanto si sono manifestati accessi convulsivi epilettiformi.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. IV. — M. G. fu Luigi, di anni 31 da Napoli, manovale.

Eredità nevropatica negativa. Caduto da una catasta di tavole, battendo la schiena a terra. Costituzione gracile, con abito tisico, nutrizione scadente. Si mostra abulico, ipocondriaco, astenico. Presenta vivaci i riflessi rotulei, cremasterici, addominali, e i vasomotori cutanei. Sul tratto dorso - lombare notasi dolorabilità accentuata alla pressione. Dopo cure opportune, vien dimesso guarito.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. V. — M. P. di Vincenzo, di anni 29, da Sorrento, operaio.

Caduto dall'alto di una caldaia, riportò contusioni a tutto il lato sinistro della persona e perdita della coscienza. Presenta depressione psichica, insonnia, o sonni brevi, turbati da sogni terrificanti, sussulti, senso di vertigine (una volta di tale intensità, da farlo cadere a terra, riportando contusione escoriata alla fronte), difficoltà della deambulazione per lieve emiparesi sinistra con contrattura in estensione dell'arto inferiore, diminuzione delle varie forme di sensibilità in tutto il lato sinistro, meno che alla faccia e sulla pianta del piede. Campo visivo ristretto. Riflesso plantare torpido, rotuleo squisito. E' preoccupato del suo avvenire.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. VI. — C. F. manovratore.

Eredità neuropatica negativa.

Ebbe diversi traumi. Una volta, mentre agganciava un carro, riportò frattura al terzo superiore del cubito sinistro. Un'altra volta contusioni alla gamba sinistra per caduta in servizio. Una terza volta, investito da una macchina, ha riportato ferita lacero - contusa alla regione parietale sinistra, contusioni alle spalle ed alla natica sinistra.

Simula disturbi della sensibilità generale e della motilità dell'arto sinistro. Affetta ipocondriasi e fobia ansiosa.

Diagnosi: Simulazione.

Oss. VII. — A. G. di Vincenzo, di anni 20, da Napoli, manovale.

In seguito ad infortunio, riportò contusione all'articolazione della

spalla sinistra, contusione nella parte inferiore dell'emitorace sinistro, commozione generale.

E' colto ogni giorno da accessi convulsivi, preceduti da una specie di aura, costituita da cardiopalmo e senso di oppressione. Non vi è perdita di coscienza. Mentalità fiacca e puerile. Stato emotivo abituale. Anestesia tattile alle regioni dorsale e plantare del piede sinistro, sulla regione plantare del piede destro e sulle superficie dorsali delle sole dita di questo piede. Abitualmente depresso, senza raggiungere il grado una vera ipocondriasi, cambia spesso di umore.

Diagnosi: Isterismo.

Oss. VIII. — C. P., macchinista da Avellino.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto malaria. Si è trovato nel 1906 in uno scontro, e non ebbe a soffrire disturbi nervosi. Una seconda volta, nel 1912, in seguito ad urto di due macchine in manovra, fu sbattuto nella carbonaia, riportando contusioni al viso ed all'anca sinistra. In seguito al trauma si è manifestato un lieve stato di nevrosi emotiva.

In atto presentava di notevole: anestesia tattile e termica simmetrica degli arti inferiori, iperalgesia della regione lombare, campo visivo ristretto a sinistra, riflessi tendinei vivaci, iridei torpidi, incontinenza d'urina, astenia, forme sincopali a larghi intervalli, preoccupazione del suo avvenire, ipocondriasi.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. IX. — B. G., pulitore, da Napoli.

Eredità neuropatica negativa. Sifilide costituzionale. In seguito a caduta dalla macchina, riportò contusione escoriata della gamba destra. Dichiarato guarito della lesione traumatica, ha ripreso servizio, interrotto però da indisposizioni rappresentate da accessi convulsivi, la cui causa il paziente fa risalire al trauma subito.

In atto simula anestesia tattile, termica e dolorifica. Riflessi cutanei normali, tendinei esagerati. Nulla a carico della psiche. Gli accessi convulsivi sono simulati.

Diagnosi: Simulazione di nevrosi.

Oss. X. — S. G. fu Luigi, di anni 37 da Napoli, calderaio.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto blenorragia. Contusione alla bozza parietale destra e al sacro, in seguito a caduta. Accusa vertigini, stanchezza generale, sovraeccitabilità nervosa, cefalea, insonnia, ronzio nelle orecchie.

Notasi esostosi alla bozza parietale destra. Sensibilità integra nelle varie forme; riflessi normali; il rotuleo soltanto è vivace. Andatura normale; sensi specifici normali. Wassermann negativa. Trofismo muscolare e reazione elettrica neuro - moscolare normale.

Diagnosi: Sindrome neurastenica.

Oss. XI. — L. R. fu Aniello di anni 29 da Napoli, fuochista.

Cadde da una locomotiva, riportando contusioni con escoriazione all'avambraccio sinistro e alla regione sacrale, di cui è guarito dopo due mesi. Durante questo periodo ha cominciato ad avvertire cefalea accessionale, ronzio nelle orecchie, vertigini talvolta accompagnate da vomito, incontinenza di urina, debolezza sessuale. E' abitualmente depresso e preoccupato del suo stato. Presenta anestesia tattile, termica, dolorifica, elettrica all'arto inferiore destro, all'emitorace destro, al braccio destro ed all'avambraccio sinistro; diminuzione della forza muscolare della mano sinistra e dell'arto inferiore destro. Riflesso plantare abolito a destra, presente a sinistra. Riflesso cremasterico più vivace a sinistra. Diminuzione della forza visiva. Ipoacusia più accentuata a sinistra.

Premendo sulle cicatrici del sacro, si ha aumento dei battiti cardiaci da 71 a 78 al 1'.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XII. — P. E. fuochista.

Eredità neuropatica negativa.

Riportò contusione alla fronte e al gomito destro in seguito a caduta dalla locomotiva. Accusa convulsioni, parestesie alla fronte.

Conserva abitualmente un atteggiamento depressivo. Tiene sempre la testa fasciata, e risponde sempre con un fil di voce: « la testa, la testa ».

Presenta accessi convulsivi. Cade, senza farsi del male, s'irrigidisce

per pochi minuti, spesso in posizione ad arco, batte spesso col sacro per terra, ripetutamente, producendosi escoriazioni. Dopo l'accesso ostenta stupore e scialorrea. Esame somatico negativo.

Diagnosi: Simulazione di nevrosi.

Oss. XIII. — C. A. di anni 32, fuochista.

Eredità neuropatica negativa.

Riportò in servizio contusione addominale. Stette a letto 15 giorni con dolori all'ipocondrio destro e coprostasi per 7 giorni. Dopo qualche settimana dall'infortunio cominciò a presentare tremore della testa e dell'arto superiore destro. Invitato a ripigliare servizio, appena vide la locomotiva, ebbe spavento, e si diede a correre all'impazzata. Accusa vertigini con caduta e perdita della coscienza. Presenta astenia, abulia, depressione psichica.

Obbiettivamente notasi vivacità del riflesso rotuleo e addominale, mancanza del cremasterico, restringimento del campo visivo, tremore della testa e dell'arto sup. destro, a larghe oscillazioni in senso laterale, che si accentua quando l'infermo sa di essere osservato, ma non si esagera nei movimenti, nè cessa nello stato di riposo.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XIV. — S. A. guardiano.

In seguito a trauma ebbe a soffrire disturbi nervosi, di cui è migliorato. E' rimasto poco in Sanatorio, perchè ossessionato dal desiderio di tornare presto in famiglia. Ha presentato idee fisse emotive a tinta ipocondriaca, angoscia, irrequietezza. Esame somatico negativo.

Diagnosi: Fobie neurasteniche.

Oss. XV. — M. A. fu Oreste, da Napoli, frenatore.

Mentre stava nella garitta, è stato colpito al viso da un sasso, lanciato da ignoti. E' stato subito colto da accessi convulsivi. Tali accessi perdurano, e sono preceduti da sudore freddo, senso di ambascia, difficoltà respiratorie, fosfeni. Seguono disordinate crisi motorie, cui partecipano i quattro arti, senza vere contrazioni tonico-cloniche, senza cianosi, senza emissione di bava. Tali crisi risolvono gradatamente con

accessi di pianto. Obbiettivamente si nota: anestesia tattile, termica, dolorifica in tutto il tronco e sull'arto superiore sinistro, ipoestesia barica, astereognosia, diminuzione della forza muscolare nell'arto superiore sinistro, ipoacusia. E' abitualmente depresso, sfiduciato, preoccupato.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XVI. — F. P. di anni 39, fuochista. Ha sofferto malaria. Ha avuto l'alluce destro stritolato dalla ruota di una locomotiva. Accusa difficoltà nella deambulazione, perchè è costretto a camminare, poggiando sul margine esterno del piede destro; dolori diffusi a tutto l'arto durante il cammino, e dolori alla regione perineale; dolori vaganti, quasi reumatoidi; sensazione penosa di bolo all'epigastrio, talora accompagnata da vomito; insonnia; ronzio. Avendo tentato di riprendere servizio, alla vista della locomotiva, ebbe una strana ed immotivata emozione paurosa, per cui rimase molto scosso e costretto a ricorrere all'opera dei sanitarii. Si presenta tuttora in uno stato di depressione ipocondriaca. All'esame obbiettivo nulla di patologico si riscontra, all'infuori di una ipoestesia tattile, termica e dolorifica a livello della cicatrice sclerotica, che si riscontra sulla faccia inferiore della 1.ª falange dell'alluce destro.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XVII. — M. F. fu Gennaro, di anni 39, da Napoli, macchinista.

Mentre stava in macchina, gli è caduta addosso da un treno merci una balla di cuoio, che lo ha fatto sbattere con l'occipite in un angolo del tender. Ebbe commozione cerebrale, febbre alta, delirio, e convulsioni a tipo Jaksoniano agli arti di sinistra, sostituite, dopo i primi giorni, da assenze. Anche queste sono andate dileguando. Alzandosi da letto, avvertì debolezza agli arti di destra, che si presentano paretici. A carico di tali arti notasi ipoestesia tattile, termica e dolorifica, di tipo centrale (più apprezzabile verso le estremità distali degli arti, gradatamente meno verso la radice). Senso stereognostico gravemente leso a destra. Deficiente in questo lato la sensibilità muscolare. Riflesso plantare debole a destra; rotuleo più vivace a destra. Lieve paresi del fac-

ciale inferiore. Andatura paretica. Notevole grado di disartria. Tremore delle sole dita della mano destra. Facile omissione di vocali e consonanti nella scrittura. Episodica incontinenza di urina. Impotenza. Lieve restringimento del campo visivo. Decadenza mentale globale, con dismnesie, amnesie, disorientamento, distraibilità, cambiamento rapido di umore, fatuità.

Diagnosi: Emiparesi destra — Demenza traumatica.

Oss. XVIII. — F. S. fu Gennaro di anni 32 da Napoli, guardafreno.

Caduto da una vettura di coda del treno, ha riportato contusione all'occipite. Lamenta dolore di testa, localizzato all'occipite; contrazioni ritmiche dei muscoli del collo; attacchi convulsivi; presenta fisonomia da spavento.

La sindrome, sostenuta da note obbiettive contradittorie e banali, è evidentemente simulata, a scopo d'indennizzo.

Diagnosi: Simulazione.

Oss. XIX. — P. L., macchinista.

Temperamento ipocondriaco.

Cadendo da una locomotiva, ha riportato contusioni al naso, all'anca sinistra, al gomito destro.

Presenta una sindrome psichica neurastenica.

Esame somatico negativo. L'infortunio è stato il momento occasionale.

Diagnosi: Neurastenia traumatica.

Oss. XX. — G. C. fu Vincenzo, da Napoli, macchinista.

Degradato a fuochista per aver preso parte ad uno sciopero, è in quel torno di tempo caduto dalla locomotiva in corsa, producendosi soltanto lievi contusioni. Ha avuto però una forte emozione. Queste due cause patematiche, quella della degradazione e quella della caduta, han dato luogo ad una sindrome neurosica. E' stato a lettto 2 mesi, perchè astenico e sofferente di dolori diffusi a tutta la persona. Avverte senso di stordimento, tachicardia alle più lievi impressioni, specialmente

quando sente il fischio del treno, ronzio alle orecchie, abbagliamento della vista, convulsioni senza perdita della coscienza. Presenta dermografismo, anestesia tattile, termica, dolorifica, barica, profonda alla metà sinistra del corpo; astereognosia a sinistra; abolizione dei riflessi cutanei; riflesso rotuleo più vivace a sinistra; restringimento concentrico del campo visivo. Il controllo del riflesso pupillare al dolore conferma la emianalgesia sinistra.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXI. — M. G. B. fu Giovambattista, di anni 35, da Scafati, capoconduttore.

Eredità neuropatica negativa.

In seguito ad investimento riportò una ferita lacero - contusa al sopracciglio destro. E' abitualmenle depresso. Lamenta cefalea; stirature dolorose alla nuca; vertigini, che lo sorprendono quando cammina e specie quando viaggia in treno o in tranvai; debolezza generale, crampi allo stomaco, seguiti talvolta da vomiti, tremori accessionali. Obbiettivamente si riscontra diminuzione della forza muscolare agli arti superiori, abolizione dei riflessi cutanei, esagerazione del riflesso rotuleo, lieve restringimento del campo visivo, pupille midriatiche e torpide.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXII. — C. M. di Marino di anni 33 da Trinitapoli, avventizio.

Riportò in servizio frattura dell'osso frontale con avvallamento.

Presenta accessi convulsivi senza perdita della coscienza, dissociazione della sensibilità, cioè: anestesia tattile e dolorifica estesa a tutta la superficie del corpo, eccezione fatta delle regioni mesogastrica ed ipogastrica, senza concomitante disturbo delle altre forme di sensibilità: termica, barica, muscolare, stereognostica. Presenta inoltre notevole diminuzione della forza muscolare in tutti gli arti; abolizione del riflesso plantare, vivacità del cremasterico e dell'addominale. Normali gli altri riflessi. Campo visivo concentricamente ristretto. Mancanza di sintomi di focolaio. Psiche integra.

Diagnosi: Isterismo traumatico.

Oss. XXIII. — La P. V. manovratore.

Riportò in servizio una ferita lacero - contusa al sopracciglio sinistro. Presentava una sindrome neurastenica, di cui è guarito nél Sanatorio.

Diagnosi: Neurastenia traumatica.

Oss. XXIV. — M. A. di Luigi, di anni 38, da S. Anastasia, montatore di locomotive.

Eredità neuropatica negativa. Ha avuto nel 1905 un primo infortunio, senza conseguenze. Nel 1913 cadde da una scala, e riportò ecchimoma alla regione parietale sinistra e contusione escoriata al gomito, al fianco, ed alla gamba dello stesso lato. Ebbe perdita della coscienza per 3 ore. Accusa debolezza agli arti, sensazione di peso all'occipite, cefalea, vertigini con caduta. Migliorato, riprese servizio, ma non gli furono affidate più le mansioni di capo squadra. Da ciò si sentì umiliato ed avvilito, e provò una forte emozione, la cui influenza il paziente stesso riconosce nella genesi degli attuali disturbi. Egli, cioè, ripresenta la sindrome che aveva avuto dopo il trauma.

Presenta astasia, diminuzione della forza muscolare, astenia, anestesia tattile e dolorifica, restringimento del campo visivo, abolizione del riflesso cremasterico, vivacità di quello addominale. Riflessi tendinei e iridei normali. Stato ipocondriaco abituale.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXV. — C. G. di Alfonso di anni 32 da Santa Ninfa (Trapani) operaio.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto malaria.

In seguito a caduta da una macchina, ha riportato una ferita all'occipite, interessante il cuoio capelluto. Ha avuto perdita della coscienza. Accusa deliqui accessionali, spesso preceduti da crisi di pianto, cefalea accessionale, facile esauribilitá, sofferenze gastriche, preoccupazione del suo stato.

Obbiettivamente nessuna vertigine o deliquio è stato constatato. Presenta tachicardia, anestesia tattile sulla metà destra del capo, del collo, del torace e dell'addome, ipoestesia termica generale, abolizione

del riflesso plantare e del cremasterico, vivacità del rotuleo, lieve anisocoria. Lieve rombergismo.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXVI. — C. N. fu Nicola, macchinista.

Eredità neuropatica negativa. Ha sofferto malaria.

Caduto da una locomotiva, e ricaduto mentre si rialzava, ha battuto per terra con l'occipite.

Prèsenta: ipoestesia tattile, termica, dolorifica, barica agli arti di destra, ugualmente intensa alla radice e all'estremità; senso muscolare e stereognostico lesi a destra; andatura da emiparetico; Romberg positivo; diminuzione della forza muscolare; spasmo dell'orbicolare delle palpebre a destra; assenza del riflesso plantare e cremasterico a destra; diminuzione della forza visiva a destra; ipocondriasi.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXVII. — N. G. di Domenico di anni 42 da Foggia, macchinista.

Eredità neuropatica negativa. Conducendo un treno sulla linea di Sapri, si accorse che gli veniva incontro un treno merci. Diede subito il Westingaus, ma non riuscì ad evitare l'urto. Egli perdette la conoscenza per lo spavento e per un trauma riportato alla regione fronto-parietale destra. Riavutosi, è rimasto intontito, ma non si sentiva male. Solo dopo alcuni giorni ha cominciato ad avvertire insonnia, a preoccuparsi di quanto gli era capitato e poteva capitargli in seguito, a diventare eccitabile e malinconico. In seguito si sono aggiunti cefalea e capogiri, per cui, non avendo fiducia di sè, si è chiuso in casa, peggiorando sempre.

Oltre ai suddetti disturbi subbiettivi, presenta iperalgesia, ipoestesia barica, lieve rombergismo, diminuzione della forza muscolare, accentuazione dei riflessi tendinei, midriasi pupillare, torpore del riflesso irideo.

Diagnosi: Neurosi traumatica.

Oss. XXVIII. — R. G. fu Luigi di anni 54 da Napoli, macchinista.

In 34 anni di servizio si è trovato in parecchi scontri, senza lamentare disturbi nervosi. Per il suo contegno in uno scontro è stato decorato di medaglia al valor civile.

Nel 1917 conducendo un treno da Cancello a Torre Annunziata, si accorse in una curva che un altro treno gli veniva incontro sul medesimo binario. Spostò subito la leva di marcia e il regolatore, ed evitò lo scontro sanguinoso; ma nell'urto della manovra cadde, battendo colla parte sinistra del petto e della testa contro i rubinetti della caldaia. Ebbe forte emozione. Cessati gli effetti locali del trauma, cominciò ad avvertire dolori al petto e alla testa, sulla regione parietale, intorno al punto ove aveva subito l'urto, senso di vuoto, vertigini, indebolimento della vista.

Soffre d'insonnia, e di giorno avverte sonnolenza e torpore generale. E' depresso.

Obbiettivamente notasi cardiopalmo, ipoestesia tattile, analgesia, ipoestesia barica, riflessi tendinei vivaci, cutanei aboliti, pupillari torpidi. Lieve Romberg.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXIX. — G. B. fu Nalale da Udine, macchinista.

Tipo neuropatico. Si trovò, durante il servizio di macchinista a Cormons, sotto un bombardamento, e soffrì disturbi nervosi. Tornato dopo la guarigione a Cormons, fuggì, dopo Caporetto, con la famiglia, che risiedeva a Udine. Fu mandato a Paola, dove in uno scontro, di cui riuscì ad attenuare le conseguenze, essendosi accorto in tempo, riportò una ferita lacero - contusa al vertice del capo, e contusioni all'anca destra e al ginocchio sinistro. Dopo lo shok è rimasto intontito ed angosciato. Riprese servizio ed ebbe subito 15 giorni di licenza. Voleva partire per rivedere i parenti, ma scendendo verso la stazione per prendere il treno, cominciò a sentirsi stringere la gola e ad affannare, finchè, colto da un tremito convulso e da singhiozzi, non ha potuto salire in macchina, e fu ricondotto a casa.

Perdura uno stato di eccessiva emotività, ed il ricordo della mac-

china genera iperemie vasomotorie al viso, stenocardia, senso di strozzamento, e debolezza agli arti. Notasi abolizione dei riflessi cutanei, vivacità dei tendinei, cardiopalmo, lieve Rombergismo. E' depresso, e diffida della guarigione.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXX. — R. G. fu Mauro di anni 37 da Napoli, manovale. Eredità neuropatica negativa.

Subito un trauma ad un dito, fu liquidato dalla giustizia. Caduto da una vettura, mentre la puliva, riportò ferita alla testa.

Accusa accessi convulsivi.

Entrato in Sanatorio, dopo qualche giorno cadde per terra, senza farsi male, vi rimase pochi minuti irrigidito, poi si rialzò. Dopo 8 giorni di degenza volle andar via, adducendo che l'accesso si sarebbe ripetuto dopo un mese. L'impressione riportata fu che l'accesso fosse simulato.

Diagnosi: Simulazione.

Oss. XXXI. G. G. di Giuseppe di anni 31 da Reggio Cal., applicato.

Caduto sotto un carrello, riportò frattura del femore sinistro. Accusa capogiri e cefalea. Obbiettivamente nessun segno patologico. Psiche integra.

Diagnosi: Simulazione dei disturbi neurosici.

Oss. XXXII. — M. E. fu Ruggiero di anni 33, manovratore.

Eredità neuropatica negativa. Ha subito varii piccoli infortunii. Mentre attraversava un ponte, pilotando un treno, si aprì uno sportello, e lo sbattè contro il parapetto del ponte, producendogli ferita lacero-contusa nella regione interparietale, escoriazione al dito medio sinistro e lieve commozione cerebrale. Ha avuto in primo tempo vertigini; ora avverte ronzio alle orecchie ed un senso di peso e stordimento alla testa. E' depresso, facilmente eccitabile, e molto preoccupato per altri eventuali danni inerenti alla sua mansione di manovratore.

Obbiettivamente si nota lieve cardiopalmo, lieve Romberg, ipoanosmia, parestesie al capo, riflessi rotulei torpidi.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

Oss. XXXIII. — E. P. macchinista.

Conducendo un treno diretto sulla linea Napoli - Reggio Cal. riuscì ad evitare lo scontro con un merci. Dopo lo sforzo e la tensione psichica, cadde svenuto. Riavutosi dopo alcuni minuti, e tornato a casa, vi rimase in licenza per alcuni giorni, senza avvertire alcun disturbo. Tornando a riprendere servizio. alla vista del treno, fu preso da sussulti, tremori. angoscia, sudori. Presenta midriasi e vivacità dei riflessi cutanei e tendinei. Cominciò a preoccuparsi di questo suo stato, che si ripeteva ogni volta che s'accingeva a riprendere servizio. Consigliato dai sanitarii e desideroso di riacquistare il dominio di sè e l'integrità della sua salute, chiese di essere adibito in sevizio sopra una linea breve, e di minore responsabilità. Allenandosi gradualmente, riuscì a vincere lo stato ansioso - emotivo al quale andava soggetto, e potè riprendere servizio sopra linee principali, completamente guarito. Dopo la guarigione mosse lite all'Amministrazione delle ferrovie, ma soltanto per essere indennizzato delle spese sostenute permedicinali, ecc.

Diagnosi: Nevrosi traumatica.

I casi clinici sopra riferiti nulla aggiungono di nuovo alle conoscenze che si hanno. Però inducono ad una osservazione ovvia.

Lasciamo da canto i casi di simulazione di forme neurosiche (oss. VI-IX-XII-XVIII-XXX-XXXI e il caso di demenza traumatica (oss. XVII), che non entrano nell'obbietto della nostra discussione.

Per gli altri casi l'osservazione più naturale è la seguente: perchè in alcuni di essi si è fatta diagnosi specifica di neurastenia traumatica (oss. I-X-XIV-XIX-XXIII), ed in altri d'isterismo o di manifestazioni isteroidi traumatiche (oss. XII-XXII), mentre in altri ancora si è fatta la diagnosi generica di nevrosi traumatica (oss. II-III-IV-V-VIII-XI-XIII-XV-XVI-XX-XXI-XXIV - XXV - XXVI-XXVII-XXVIII-XXIX-XXXII-XXXIII)?

Se questa distinzione diagnostica si è sentito il bisogno di fare, vuol dire che essa corrisponde ad una reale differenza dei quadri clinici.

E difatti nei casi I - X - VIV - XIX - XXIII noi troviamo che in seguito al trauma si è manifestato il quadro tipico della neurastenia, (vertigini, facile esauribilità alla fatica, cefalea, irritabilità nervosa, insonnia, ronzii, ecc.). In un caso (oss. XIX) tali disturbi son sorti in un individuo già a temperamento ipocondriaco. Sintomi fisiopatici non se ne sono riscontrati, ad eccezione di una certa vivacità dei riflessi rotulei in qualche caso (oss. I-X).

I sintomi fisiopatici analoghi a quelli della nevrosi traumatica si riscontrano invece nelle osservazioni VII e XXII, ma in esse manca il colorito depressivo ipocondriaco caratteristico dell'umore. In uno dei casi infatti (XXII) il colorito della psiche è normale, ed in un altro (VII) si nota una variazione facile dell' umore, ad onta del tono leggermente depressivo abituale. Non c'è in essi la profondità del tono depressivo ipocondriaco dei neurotraumatizzati, ma una depressione superficiale e variabile dell'umore.

Nel primo gruppo di casi dunque sono i sintomi neurastenici che danno la loro impronta clinica al quadro nosografico, come nel secondo gruppo lo sono i segni isterici. Considerando perciò, i due gruppi nel loro complesso clinico, si è giudicata per essi adeguata la diagnosi specifica di neurastenia traumatica per gli uni e di isterismo traumatico per gli altri.

Per il rimanente dei casi invece è stata formulata la diagnosi di nevrosi traumatica appunto in virtù della loro sintomatologia più complessa e caratteristica, che non consentiva d'inquadrarli nei limiti precisi della neurastenia e dell'isterismo. In questi casi infatti troviamo due gruppi di sintomi, fra loro variamente combinati. Da una parte i sintomi psichici, i quali non hanno tanto il carattere di quelli nevrastenici, quanto piuttosto di quelli ipocondriaci; e dall'altra i sintomi fisiopatici, rappresentati da iperestesie, iperalgesie, disturbi dei riflessi cutanei e tendinei, rombergismo, anicosoria o rigidità pupillare, disturbi della sensibilità generale, disturbi viscerali, tachicardia, tremori, restringimento del campo visivo, dimi-

nuzione della forza muscolare, della forza visiva, dell'udito, ecc.

Notiamo inoltre che in quasi tutte le nostre osservazioni non si sono potuti assodare dati anamnestici a carico del sistema nervoso. In due soli casi (oss. XIX e XXIX) esisteva un temperamento ipocondriaco e neuropatico.

Quali cause deterioranti dell'organismo, e in un certo senso predisponenti, si sono riscontrate la malaria (oss. I-VIII-XVI-XXVI-XXVII) il reumatismo e le gastroenteriti (oss. II).

In molti casi manca il fattore commotivo, o per lo meno non è proporzionato all'entità clamorosa della sindrome. Il fattore emotivo è invece sempre presente, ed è anzi il solo che in parecchie osservazioni rappresenta la causa del processo morboso.

Importanti ancora sono quei casi in cui la sindrome non si è sviluppata al primo trauma. Vi sono infatti alcuni infortunati (oss. XXIV-XXVIII-XXXII), in cui la nevrosi traumatica si è manifestata al secondo o terzo trauma. Questo fatto ci dice prima di tutto che la nevrosi non è in dipendenza esclusiva dell'idea dell' indennizzo; se così non fosse, non sapremmo spiegarci perchè non sia sorta all'atto del primo trauma. Ci dice ancora che la causa efficiente non determina la sindrome neurosica, se non trova nell'organismo condizioni opportune, e che tali condizioni non sempre sono congenite, ma possono esistere in una certa epoca ed in certe contingenze, e mancare in altre (predisposizione acquisita).

Di non minore interesse sono quei casi in cui la quistione dell'indennizzo non s'è affacciata affatto durante lo sviluppo del processo morboso. Uno di essi é guarito durante il periodo di degenza nel Sanatorio, senza nulla chiedere e nulla aver ottenuto (oss. XXIII). In un altro (oss. XXXIII) l'idea dell'indennizzo è sorta soltanto dopo la guarigione della malattia, e l'indennizzo era chiesto per riparare alle spese sostenute per la cura già fatta. Anzi è interessante notare l'esercizio di allenamento voluto e compiuto dal paziente stesso, per vincere la sindrome ansioso-emotiva di cui era affetto.

Questi casi dimostrano l' esistenza di forme pure di nevrosi traumatica, indipendenti dall' idea dell' indennizzo, al quale pure i pazienti avrebbero avuto diritto, e contribuiscono ad avvalorare il già espresso concetto sul valore clinico di tale idea.

Diagnosi differenziale

Parrebbe che la sindrome sopradescritta e definita con l'appellativo di nevrosi traumatica, risultando di un misto di sintomi a tipo isterico e neurastenico, si dovesse confondere con la varietà istero-neurastenica delle forme morbose traumatiche.

Ma in realtà la diagnosi differenziale è sempre possibile, se si tien conto di alcune particolarità e di alcune sfumature dei sintomi stessi. Si capisce che, trattandosi di forme neurosiche somiglianti, i caratteri differenziali non saranno marcati e contrastanti. Di non poche malattie, del resto, la diagnosi differenziale è basata su tenui sfumature. Spetta all'acume ed all' esperienza clinica del medico metterle bene in rilievo e vagliarle nel loro giusto significato.

Così per es., possiamo affermare che i sintomi psichici e fisiopatici della nevrosi traumatica sono più sistemati, più uniformi, e non hanno la saltuarietà e la capricciosità delle forme istero-neurasteniche. Tale differenza clinica è invocata anche dal Morselli nei rapporti con la sua forma generale della nevrosi traumatica.

Inoltre, se analizziamo i singoli sintomi a tipo neurasteniforme e isteriforme, raffrontandoli ai sintomi analoghi delle forme pure dell'isterismo e della neurastenia, troviamo delle differenze abbastanza chiare ed evidenti.

Il neurotraumatizzato, per es., non ha l'occhio attonito e l'amimia caratteristica del neurastenico, pur avendo con lui in comune l'espressione di tristezza e di abbandono. Il neurastenico presenta una fisonomia meno marcatamente malinconica di quella del neurotraumatizzato. Questo carattere è stato rilevato anche da Sand. Il nevrastenico è sempre indeciso e dubitante, le sue fobie sono

vaghe e indefinite; il neurotraumatizzato invece non presenta mai questo stato di oscitanza, e le sue fobie sono determinate, precise, stabili. L'insonnia nel neurastenico è quasi costante, gli procura le maggiori sofferenze, e cede solo agl'ipnotici. Nel neurotraumatizzato l'insonnia è piuttosto rara, e, quando c'è, è incompleta e meno tormentosa: egli dorme poco, ma dorme, e non si lagna soverchiamente ed in modo ossessionante di questo disturbo, come fa il neurastenico. Gl'ipnotici modificano scarsamente o quasi affatto l'insonnia del neurotraumatizzato.

Questi caratteri differenziali valgono anche per le forme di neurastenia traumatica pura, oltre al fatto che queste si differenziano dalla neurosi traumatica per la grande scarsezza o la quasi totale assenza in esse di sintomi fisiopatici.

Per ciò che riguarda i sintomi isteriformi, notiamo subito che tali sintomi nei neurotraumatizzati sono meno decisi e marcati. Gl'isterici sono più suggestionabili. In essi inoltre la personalità ha subìto un processo di disintegrazione profonda e più precisa, ed i prodotti morbosi che ne derivano, sono più volubili ed instabili.

Il neurotraumatizzato invece non presenta una sintomatologia così capricciosamente varia e variabile come l'isterico, e nella stabilità del sintomo trova ragione per orientare il processo morboso della sua mente. Inoltre mancano nel neurotraumatizzato le note tipiche del carattere isterico, le quali non soltanto depongono per una costituzione diversa, ma danno ai singoli sintomi un tono ed un colorito facilmente riconoscibile.

Queste differenze cliniche, notate anche recentemente dal Ciampolini, mentre non escludono le forme genuinamente isteriche, neurasteniche, isteroneurasteniche, ecc., di origine traumatica, confermano la esistenza di una forma neurosica traumatica, la quale differisce dalle altre non solo per la sua complessità fenomenica, ma ancora per le particolari manifestazioni dei singoli sintomi e dei loro caratteri peculiari.

Da tutte le considerazioni precedentemente fatte ci pare dunque giustificato e avvalorato il nostro concetto, secondo il quale **la nevrosi traumatica rappresenta una forma morbosa definita e differenziata, e può a buon diritto essere elevata alla dignità di entità clinica autonoma.**

*
* *

Ricordiamo qui di volo che alcuni studii recenti tendono a convogliare la patogenesi delle distimie, dell'isterismo e della traumatoneurosi nell'alveo della patologia dell'emotività, e quindi della sfera vegeto-endocrina. Tentativi in tal senso ha fatto il G o l d s t e i n per le distimie ed il B u s c a i n o per l'isterismo e la nevrosi traumatica.

Ma in realtà sono tentativi ipotetici, che non hanno, almeno per ora, solida base scientifica.

Anche quando però si arrivasse a dimostrare esatta tale presunzione patogenetica, la *differenziazione clinica non cesserebbe per questo di essere meno evidente e giustificata.*

Patogenesi

Stabilito così il nostro concetto intorno all' autonomia clinica ed alla nosografia della nevrosi traumatica, cerchiamo d'indagarne la patogenesi.

Il concetto e la delimitazione clinica della nevrosi traumatica ha naturalmente servito sempre di guida all' interpetrazione patogenetica. Lo abbiamo visto nelle varie tappe e nei vari aspetti nosografici della sindrome. Era quindi naturale che l'assimilazione della nevrosi traumatica all'isterismo avesse dovuto dare il maggiore risalto alla sintomatologia psichica, relegando fra i prodotti secondarii, ritenuti anch'essi di natura psicogena, i sintomi fisiopatici.

Furono così considerati come prodotti psicogeni le cenestopatie, la tachicardia, le vertigini, la cefalea, l'astenia, i tremori, le anomalie dei riflessi iridei, cutanei e tendinei, i disturbi della sensibilità nelle sue varie forme, il senso esagerato di freddo o di caldo, gli

accessi di ansia, le fobie, le ossessioni, l'emotività esagerata, le variazioni dell'umore, i disturbi vasomotorii, il restringimento del campo visivo, ecc., fenomeni tutti, che in proporzioni diverse ed aggruppamento vario entrano a costituire il nucleo fondamentale della nevrosi traumatica.

E per avvalorare maggiormente il concetto della natura psicogena della sindrome, si mise in rilievo il fatto che talvolta ad un trauma grave consegue una sindrome lieve, e viceversa ad un trauma lieve consegue una sindrome neurosica grave. Si disse: se un trauma lieve produce una sindrome grave, vuol dire che la sindrome non può essere che di natura psicogena.

Oggi questo concetto psicopatogenetico essenziale non è più accettato. Oggi si tende a dare ai fenomeni fisiopatici la maggiore, se non l'esclusiva importanza patogenetica.

Cominciamo con l'osservare che il trauma ha nella nevrosi traumatica il posto di causa efficiente. La malattia si sviluppa di ordinario, senza che si possano mettere in evidenza tare anamnestiche neuro-o psicopatiche a carico del paziente.

Vero è che, indagando minutamente, si potrà in molti casi rintracciare un qualche sintomo a carico del sistema nervoso negli ascendenti e nei collaterali o magari nell'anamnesi prossima o remota del paziente stesso. Ma, vivaddio, se una semplice e vaga anomalia neuropsichica dovesse in ogni caso costituire argomento probatorio di tara morbosa ereditaria, nessuno, crediamo, specialmente nella epoca febbrile che ci travaglia, potrebbe sottrarsi a tale legge. Prima dunque di ammettere una eredità neuropsicopatica, bisogna raccogliere elementi sufficienti. Ciò che nella maggior parte dei casi non si riesce a fare, perchè l'indagine anamnestica dà risultati negativi. D'altro canto bisogna ammettere che nei neurotraumatizzati esiste una particolare suscettibilità reattiva del sistema nervoso, che però non è quella dell'isterico o del neurastenico.

Sono gl' individui a *costituzione emotiva* quelli che danno il

maggiore contributo alla nevrosi traumatica. Tale condizione può essere *originaria*, o *acquisita* in seguito a strapazzi corporei, alle frequenti emozioni, a intossicazioni varie, ad alcoolismo, ecc. E per renderci conto delle particolari reazioni che avvengono nell'organismo di questi individui, in seguito allo shock traumatico, bisogna tener presente l'importanza grandissima che ha l'elemento *emotivo* nell'azione traumatica, elemento che fino ad oggi non è stato sufficientemente considerato, ed ha perciò dato luogo a false interpetrazioni.

Il trauma ha una duplice azione: emotiva e commotiva. L'azione emotiva è la più interessante negl'individui a costituzione emotiva, e spiega perchè in questi individui un trauma lieve possa generare una sindrome neuropsichica alquanto grave, demolendo così l'obbiezione precedentemente mossa, per avvalorare la natura psicogena della nevrosi traumatica.

Negl'individui normali il trauma produce uno stato emozionale, che turba per un tempo più o meno breve l'equilibrio abituale della sfera vegeto-endocrino-emotiva. Ma poichè il meccanismo funzionale di tale sfera è integro ed il tono è regolare, l'equilibrio ritorna e l'individuo si reintegra al normale.

Negl'individui a costituzione emotiva invece, nei quali la sfera vegeto-endocrino-emotiva è in una condizione d'ipertono e di equilibrio instabile, l'azione traumatica scatena una tempesta, che si ripercuote su tutto l'organismo con effetti stabili ed imponenti. Si manifesta così quel complesso di sintomi fisiopatici caratteristici dal sistema vegeto-endocrino, che sono a base della nevrosi traumatica.

Questo perturbamento somatico importa di conseguenza un turbamento psichico consensuale, e l'uno e l'altro si integrano nel complesso sintomatico della sindrome di cui discorriamo.

Vediamo adesso di chiarire meglio attraverso quale meccanismo fisiopsichico si compia propriamente questo processo morboso.

***

Gli studii più recenti sulla biologia della vita emotiva hanno rimesso in onore la teoria di Lange-James sulle emozioni, secondo la quale lo stimolo emotivo provoca per via diretta i riflessi organici che accompagnano ogni emozione, e questa non è che *la sensazione complessiva della perturbazione organica*. Sicchè le variazioni organiche, le quali conseguono allo stimolo emotivo, rappresentano l'elemento *fondamentale* e *indispensabile* dell'emozione, e costituiscono obbiettivamente quello che dicesi l'aspetto organico di essa. Sperimentalmente è dimostrato che tali variazioni non sono altro che dei riflessi, i quali si compiono per via apsichica, in seguito all'azione dello stimolo emotivo (rappresentativo, o ideativo, o sensitivo-sensoriale).

Il Buscaino le riunisce nei seguenti gruppi:

A: *reazioni motrici nei muscoli striati* (muscoli della faccia, del collo, del tronco, degli arti);

B: *reazioni motrici nei muscoli della vita vegetativa* (muscoli degli apparati cardiovascolare, digerente, respiratorio, escretore dell'orina, ecc.);

C: *reazioni esocrine*, nelle ghiandole fornite di sbocco escretore (ghiandole dell'apparato digerente, ghiandole lacrimali, sudoripare, renali, ecc.);

D: *reazioni endocrine*, nelle ghiandole che versano i loro prodotti direttamente nel torrente circolatorio (tiroide, capsule surrenali, epifisi, ipofisi, ghiandole interstiziali degli organi genitali, in parte anche il fegato, forse anche il timo, ecc.);

E: *variazioni dei succhi organici e del ricambio*;

F: disturbi trofici.

A queste bisogna aggiungere il quadro delle reazioni motorie più complesse, che si possono riepilogare nei seguenti punti: « 1.° movimenti automatici o abitudinarii, *utili*, ossia coordinati *in atti* che modificano il nostro rapporto con lo stimolo emotivo (per es. fuggire,

afferrare, ecc.): anch'essi influiscono come nuovi stimoli sul decorso emotivo (per es. fuggendo, aumenta la paura) o lo risolvono; 2.° quella parte di movimenti espressivi che si chiamano « gesti » (per es. stringere i pugni, coprirsi gli occhi, agitarsi, ecc. che già il Darwin definì come moti e atti altra volta utili (per assalire, per difendersi, per fuggire, ecc.) ed ora ripetuti (abbreviatamente) per automatismo ereditato o acquistato; 3.° i movimenti dell'attenzione, che sono movimenti di adattamento degli organi sensoriali (fissare lo sguardo, aiutare la visione con moti delle palpebre, delle sopraciglia, del capo; stare in orecchi, annusare, tastare, ecc.) e di coordinazione simpatetica degli atti sensoriali (aiutare con la vista la sensazione uditiva o tattile, imitare col capo il movimento guardato, ecc.); e inoltre inibendo con altri movimenti le sensazioni distraenti (ripararsi dai rumori, chiudere gli occhi, concentrarsi per meglio fissare una rappresentazione endofasica, ecc.), [Baratono].

Queste variazioni somatiche emotive, in quanto riflessi organici, devono avere un centro riflessogeno. E questo infatti è rappresentato dai nuclei della base, e specialmente del talamo ottico.

Il talamo ottico costituisce la stazione centrale, nella quale convergono e s'interrompono le vie sensitive, che in 4 tappe si portano dalla periferia alla corteccia cerebrale. Tali vie anzi subiscono una graduale diminuzione. E mentre, secondo il Van Gehucten, sono in numero di 500.000 alla periferia, nel talalamo ottico invece sono pochissime.

Ciò prova che le eccitazioni sensitive possono arrestarsi in queste masse mesencefaliche, e provocare dei movimenti riflessi, prima di ogni intervento cerebrale e di ogni azione volontaria.

Ed infatti il talamo ottico, considerato già dall'Henrick come « il vestibolo della corteccia cerebrale », dal Luciani come « un grande focolaio di sensibilità », dall'Head come « il centro del tono vitale », è ritenuto giustamente dal Bechterew,

dal **Meynert**, dal **Flechsig**, dal **Bianchi**, dal **Mingazzini**, dal **Monachow** ecc. come il centro dell'espressione dei moti dell'animo e dei movimenti riflessi degli organi della vita vegetativa, e quindi dell'espressione degli stati emotivi, indipendendentemente dalla volontà.

Ciò posto, le prime variazioni che lo stimolo emotivo, di qualunque natura esso sia, genera nell'organismo, non sono altro che dei riflessi organici, che hanno il loro centro nei grandi nuclei della base del cervello. *L'attività di questi nuclei è quella che dà il tono ed il colorito più o meno complesso al fenomeno emozionale. E si può affermare che il fenomeno emozionale non sorge, se nel meccanismo delle azioni e reazioni che provoca lo stimolo emotivo, non siano intercalati in circuito, per così dire, i nuclei della base.*

Ora le più recenti ricerche di fisiopatologia c'insegnano che il tono e la funzionalità in genere dei nuclei della base è sorretta e condizionata dalla funzionalità del sistema vegeto - endocrino. E' noto che la tiroide viene *ab antiquo* considerata giustamente come la glandola dell'emozione. Ma oltre la tiroide, anche altre glandole endocrine partecipano nel complesso fenomenico della nevrosi traumatica.

Questo concetto è ormai accettato anche da coloro che, come il **Geikie Cobb**, assegnano al fattore mentale, almeno in alcuni casi, la maggiore importanza nella genesi delle psiconevrosi. Egli scrive infatti che nella nevrosi traumatica il disturbo si propaga più frequentemente di quel che si suole ammettere alle glandole a secrezione interna e da queste alla psiche, in modo che « le condizioni mentali ed organiche, entro certi limiti, si ripercuotono a vicenda, determinando un circolo vizioso di autostimolazione ».

Anche il **Lugaro** riconosce che le ghiandole a secrezione interna *predeterminano la sensibilità alle emozioni*, e conviene

che « molti fra i sintomi generali della nevrosi traumatica si svolgono nel campo del sistema nervoso vegetativo, e quindi, mentre restano fuori del dominio della rappresentazione e dell'autosuggestione, tanto che gli ammalati stessi spesso ignorano di presentarli, sono sotto il dominio delle glandole endocrine, e sopratutto della tiroide e del tessuto cromaffine. Specialmente l'astenia, i disturbi cardiovascolari, secretorii, gastrointestinali, termogenetici, sono da ascriversi a questa categoria ».

E qui cade acconcio ricordare che la corrente più moderna di studii va sempre più delucidando l'influenza che hanno le ghiandole endocrine non soltanto nella patogenesi della nevrosi traumatica, ma di tutte le nevrosi in generale, nelle quali è oggi riconosciuta una particolare suscettibilità simpaticotonica (Corsonello). Tale nuovo orientamento è stato messo in rilievo dal prof. Modena, nella sua relazione sulla nosografia e patogenesi delle nevrosi e psiconevrosi al XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi in Roma nel 1923.

Tornando dunque al nostro argomento, possiamo rilevare che in base ai nuovi concetti di fisiopatologia, la interpetrazione psicogena dei così detti disturbi funzionali della nevrosi traumatica non soddisfa più.

Già il Dupré, il Cygielstreich, il Joltrain, il Levi e Rothschild, il Krehl, il Tanzi, il Lugaro, ecc. ne avevano iniziato il processo di revisione critica, invocando il mezzo intermedio di disturbi del ricambio, di variazioni della pressione sanguigna e della coagubilità del sangue, di disturbi circolatori, di intossicazioni da squilibrio biochimico nutritivo, ecc.

Oggi invece tali disturbi, sottratti al dominio di un assurdo astrattismo funzionale, sono più giustamente e propriamente messi a carico del sistema vegeto-endocrino.

Abbiamo visto infatti che tra i cosidetti sintomi psicogeni più comuni della nevrosi traumatica sono da annoverare la tachicardia

e talvolta la bradicardia, l'astenia, le cenestopatie, il dermografismo, i tremori spesso con contrazioni fibrillari, i disturbi della sensibilità nelle sue varie forme, i disturbi viscerali, i disturbi genitali fino all'impotenza, la poliuria, l'albuminuria, la glicosuria, le vertigini, gli accessi epilettiformi, ecc. Ora la fisiopatologia endocrina ci insegna appunto che tali disturbi sono intimamente legati ad anomala funzionalità delle ghiandole endocrine. Così una pressione arteriosa bassa in maniera permanente (80-90 mm. di Hg. al Riva-Rocci) autorizza il sospetto di una insufficienza surrenale o ipofisaria o tiroidea. Una ipertensione arteriosa invece si riscontra negli stati d'iperadrenalismo. La tachicardia è indice d'ipertiroidismo e d'ipersurrenalismo. L'astenia muscolare fa pensare ad un iposurrenalismo, come anche l'esistenza della stria bianca del Sergent. Il riflesso oculo-cardiaco è segno d'ipertonia del vago. In casi di simpaticotonia si possono avere ischemia della cute, dei muscoli, con brivido intenso, senso di angoscia retrosternale, aritmie estrasistoliche, ecc., in seguito ad immissione in circolo di un eccesso di adrenalina. I disordini viscerali sono in rapporto con anomalie del sistema vegetativo. I tremori ad oscillazioni brevi, minute, regolari, rapide, più o meno diffusi ai varii gruppi muscolari, sono segni d' ipertiroidismo, d' ipoparatiroidismo, d'iperadrenalismo. Spasmi clonici a tipo coreico sono segni d'insufficienza paratiroidea o d'iperadrenalismo. Crampi a tipo tetanico indicano insufficienza paratiroidea. Accessi eclampsici od epilettiformi a forma di grande male o di piccolo male depongono per una insufficienza paratiroidea e tiroidea combinate, forse anche d'insufficienza pituitaria e cortico surrenale. Una ipersomnia di grado estremo deve farci pensare ad una insufficienza ipofisaria grave. Un sonno insonne, un sonno vigile, ad una insufficienza surrenale; l'insonnia con incubi, sogni paurosi, ad uno stato d'ipertiroidismo o d'ipoparatiroidismo, ecc. (Pende).

In alcuni casi si riscontrano paresi, ipertermie, edemi, disturbi della sensibilità, dolori causalgici, ecc. e questi disturbi venivano

interpetrati come di natura psichica. Oggi si sa invece che nella patogenesi di tali disturbi hanno importanza le alterazioni del simpatico. Il Meige e l'Athanassio-Benisty, studiando le psiconevrosi di guerra, pensano con fondate ragioni che le trofonevrosi traumatiche siano di origine riflessa e debbano riferirsi non a lesione dei nervi motori o sensitivi, che si dimostrano integri, ma a turbe vasomotrici e simpatiche concomitanti alla ferita.

Il Colella richiama l'attenzione sulle lesioni vasali arteriosclerotiche quale esito di affezioni nervose post-traumatiche. Il Thoma ha riprodotto condizioni vasali arteriosclerotiche, in animali sottoposti a ripetuti traumi psichici. E via di seguito.

Ad avvalorare i disturbi della sfera vegeto-endocrina nei casi di psiconevrosi emotiva non sono mancate le prove farmacologiche e sperimentali. Il Pighini ed il Tronconi, saggiando le reazioni all'atropina, all'adrenalina, alla ingestione di glucosio e levulosio, han concluso che in tali pazienti esiste per lo meno uno stato lievemente irritativo del sistema nervoso simpatico.

Di un altro ordine di fenomeni bisogna chiarire ancora la natura intrinseca.

I disturbi della cenestesi venivano anch'essi ritenuti di origine psicogena. Oggi invece si sa ch'essi sono dovuti alla disfunzione del sistema endocrino, e son essi che generano le idee ipocondriache conseguenti. Il meccanismo patogenetico è chiarito dagli studii recenti del Loewi, dell'Hamburger e della sua scuola. Essi han dimostrato che i nervi agiscono, in quanto producono delle secrezioni nelle espansioni terminali, dove si articolano con altri neuroni o si diramano in organi periferici. Per esempio, la stimolazione del vago genera nelle sue terminazioni cardiache delle sostanze capaci d'inibire l'azione cardiaca. Demoor ha dimostrato che lo eccitamento della corda del timpano provoca, come primo effetto, la secrezione di sostanze che si diffondono nelle glandole salivari ed eccitano la loro attività. Così pure, stimolando i nervi gastrici,

viene dalle terminazioni nervose di essi segregata una sostanza che eccita a sua volta la secrezione gastrica. Secondo le moderne ricerche quindi l'azione delle terminazioni nervose, centrali o periferiche, consisterebbe in un processo *chimico specifico, secretivo*, mentre quella dei nervi consisterebbe in un processo *fisico-chimico di conduzione*. « Secondo tale concezione tutti i fenomeni nervosi centrali, tutti i fenomeni psichici, avrebbero a base dei processi chimici. La sensazione e la percezione, ad es. hanno punto di partenza in processi periferici specifici, che si svolgono negli organi di senso; ma si deve pur ammettere che tali fenomeni psichici non potrebbero esistere se non avessero a base, nei centri nervosi, dei processi fisiologici pure specifici. Ora, poichè per altre considerazioni si rende verosimile che i processi nervosi specificatamente differenziati alla periferia non si mantengano tali in tutto il tragitto ch'essi compiono per giungere ai centri, si è portati a ritenere che la specificità del processo nervoso si perda quando questo entra nella fibra nervosa, e che si ricostituisca nelle terminazioni centrali, delle quali ognuna possiederebbe una particolare costituzione, *simboleggiante i caratteri dello stimolo che la mette in azione* » (Ciarla). Sicchè, secondo questi concetti, un disturbo della sfera viscerale verrebbe a trovare nel mantello cerebrale il corrispondente *simbolo dei suoi caratteri patologici periferici*.

E i disturbi degli organi viscerali non mancano nei traumatizzati emotivi, perchè prodotti dai disturbi vegeto-endocrini, originato dallo shock emotivo.

L'alterata cenestesi dunque non è un fenomeno patologico psichico, ma l'avvertimento psichico di un processo patologico che si svolge negli organi della vita vegetativa.

Sicchè, riepilogando, risulta chiaro da quanto sopra che la sindrome emotiva, ch'è a base della patogenesi della neurosi traumatica, sorge con un corredo imponentissimo di fenomeni fisiopatici *primarii* scatenati nel sistema vegeto-endocrino dallo stimolo traumatico emozionale.

*
* *

Ma d'altra parte bisogna subito aggiungere che il fenomeno emozionale non è tutto compreso ed esaurito nel gioco esclusivo delle reazioni organiche. Occorre che queste reazioni siano percepite, che l'individuo abbia coscienza, sia pur vaga e indefinita, del loro manifestarsi. In altri termini, oltre alle variazioni organiche, le quali costituiscono l'aspetto obbiettivo dell'emozione, è necessario che tali variazioni siano avvertite in modo più o meno completo dalla coscienza, perchè si comprenda il fenomeno emozionale, che è semepr un fenomeno fisio-psichico più o meno complesso.

Non esiste infatti emozione senza l'avvertimento subbiettivo delle variazioni organiche, come non esiste emozione, se questo fenomen subbiettivo — ch'è sempre un fatto corticale — non riceve la tonalità affettiva dalla funzione primitiva, riflessa, dei gangli della base e del mesencefalo. Non si tratta qui di parallelismo psicofisico, ma di due *valori* posti sulla stessa linea, di cui uno (il soggettivo) può anche considerarsi secondario e conseguente all'altro (l'oggettivo,. l'organico), ma entrambi necessarii ed occorrenti nel concetto integrale del fenomeno emozionale.

E bisogna ancora aggiungere che occorre guardarsi dal considerare l'emozione-sentimento come l'equivalente soggettivo dell'eccitazione emotiva; di considerare, in altri termini, il fatto psichico come un mero «epifenomeno» di quello organico, secondo una erronea concezione meccanicistica, che farebbe della psiche un testimone inutile.

La psiche reagisce invece in ogni caso, a seconda della propria elevatezza e della propria capacità, in virtù di quelle intime correlazioni tra vita organica e psichica, rispondenti al concetto biologico unitario della vita.

Ogni volta che si provoca un qualsiasi moto affettivo, scrive il Morselli, « tutto il reagire organico si connette e si forma una inscindibile manifestazione vitale; lo stesso fatto psichico più alto, che è la rappresentazione o « idea », sveglia sempre da lon-

tano le attività viscerali ed endocriniche, sol che abbia (e non ne manca mai) il più lieve colorito o tono affettivo; e a sua volta non v'è modificazione nel funzionamento umorale e simpatico, che per mezzo della cenestesi non agisca, nonchè sul tono, perfin sul contenuto della nostra mentalità ».

Questa intima correlazione e reciprocanza di rapporti è validamente sostenuta e provata da condizioni anatomo-fisiologiche fondamentali. Basta ricordare i legami tra il sistema endocrino-simpatico, i centri vegeto-emotivi e la corteccia cerebrale.

La corteccia cerebrale è avvertita della funzionalità del talamo ottico dal neurone centripeto talamo-corticale, o 4.° neurone delle vie sensitive, ed esercita viceversa la sua azione moderatrice sul talamo ottico attraverso le fibre cortico-talamiche, le quali passano per il tratto anteriore della capsula interna.

Il simpatico è largamente rappresentato nella corteccia cerebrale. Le ricerche del Becterew, le quali hanno modificato l'antica teoria localizzatrice, inducono ad ammettere che nella corteccia cerebrale esistono tante successive regioni *sensorio-motrici* con funzione psichica.

Ciascuna di queste regioni consiste in un « centro ricettore,» cui arrivano gli stimoli per vie adduttrici, ed è in immediata connessione anatomica e funzionale con un vicino centro a funzione abduttrice, formando con questo una unità neuropsichica organica (regione otticomotrice, acusticomotrice, tattilomotrice, ecc.). Le regioni abduttrici di tali unità constano delle vie anatomiche che le collegano ad altre unità sensorio-motrici analoghe e ai centri rolandici di proiezione muscolo cutanei, e di più constano delle vie facenti capo al sistema simpatico, per cui si espletano gli effetti cardiovascolari, vasomotori e secretori (interni ed esterni) che accompagnano fisiologicamente la loro attività. Il sistema nervoso simpatico sarebbe quindi, tanto nella sua sezione autonoma, che simpatica propriamente detta, ampiamente rappresentato nella cor-

teccia, e prenderebbe così parte integrale ai processi psicosensoriali e psichici che ivi si svolgono » (P i g h i n i).

Inoltre, alle vecchie esperienze che dimostrano come nella corteccia cerebrale esistano centri pei movimenti della faccia, del laringe, della circolazione, della secrezione, ecc. che possono essere paralizzati mediante distruzione, si sono aggiunte recentemente le ricerche del R o g e r s, il quale ha dimostrato che l'asportazione degli emisferi cerebrali determina una caduta della pressione arteriosa, che non è mai completamente compensata dai meccanismi nervosi sotto giacenti. nonchè quei fenomeni meravigliosi di associazione, illustrati dal P a u l o w e dalla scuola sotto il nome di *riflessi condizionali.* Ne citiamo un esempio. Se ogni volta che si somministra l'ordinaria razione ad un cane, si suona una nota particolare di uno strumento musicale, si può giungere dopo qualche tempo a provocare una secrezione riflessa di sàliva indipendentemente dalla presenza dell'alimento, ripetendo soltanto quel determinato suono (S p a d o l i n i).

Per ciò che riguarda poi l'avvertimento degli stimoli emozionali, il B u s c a i n o ammette che « contemporaneamente all'entrare in attività dei centri per i rifiessi emotivi, stimoli arrivino *direttamente* dalla sostanza grigia pericavitaria del terzo ventricolo e dell'acquedotto di S i l v i o alla corteccia cerebrale, e che quindi lo *stato emozionale subbiettivo* abbia anche fattori sottocorticali *diretti.* oltre quelli *indiretti* attraverso le variazioni somatiche determinate dalle variazioni di origine talamica, nucleo caudata ecc.

*
* *

In base ai concetti sopra esposti, vediamo ora di riassumere ed interpetrare specificamente il meccanismo patogenetico della nevrosi traumatica.

Lo facciamo, riportando integralmente le parole del B u s c a i n o , che lo precisano in modo molto chiaro:

« Uno stimolo esterno provoca, propagandosi attraverso i gan-

gli della base ed il mesencefalo, una data serie di riflessi vegeto-emotivi *senza l'intervento immediato di fenomeni psichici emotivi.*

Ma la ripercussione somatica, oltre che muscolare ed esocrina è anche endocrina, umorale. Sostanze, quindi, chimiche a genesi endocrina, diretta o indiretta, dèrivanti, cioè, da variazioni metaboliche provocate direttamente dalla partecipazione endocrina, vengono a sensibilizzare i centri sottocorticali o quelli immediatamente subordinati, autonomi e simpatici. — Non è escluso, trattandosi di individui non normali, che possa intervenire anche l'ipersecrezione di prodotti *abnormi* endocrini.

Se si tratta di soggetti emotivi, cioè a centri sottocorticali ipereccitabili, si viene a stabilire così un circolo vizioso: i centri per i riflessi vegeto-emotivi destano variazioni periferiche, e queste, specialmente le chimiche, si ripercuotono sui primi, i quali mandano nuovi stimoli alla periferia, da dove altri stimoli rimbalzano ancora sui centri suddetti, e via di seguito. Tutto ciò per un meccanismo puramente fisiologico, apsichico.

Frattanto, però alle variazioni di funzionalità dei centri sottocorticali si accompagnano stati *subbiettivi emotivi* particolari, e questi indirizzano la corrente del pensiero in un determinato senso, e nello stesso senso rimane questa avviata (restringimento, di origine emotiva, del campo della coscienza) finchè dura il giuoco di azioni e reazioni tra centri sottocorticali e periferia.

I disturbi mentali o nervosi vengono ad essere così le *conseguenze e non le cause* di questo gioco.

Si capisce quindi, come nella mentalità dei nevropatici possano esistere « complessi » dissociati nel campo della coscienza; ma questi « complessi », come del resto ha fatto notare il Lugaro, non sono che *i residui, gl'indicatori, i rivelatori di un lavorio non psichico;* non ne sono gli artefici reali.

Fra l'incidenza dello stimolo emotivo e la comparsa dei disturbi nervosi o mentali passa, certe volte, un pò di tempo, che lo

Charcot chiamò «periodo di meditazione», ma che più propriamente Bernheim qualificò come «periodo d'incubazione».

Tale periodo più o meno lungo è in rapporto col grado di reattività dei meccanismi vegeto-emotivi messi in azione da un trauma psichico». Naturalmente, specifica meglio il Buscaino nel suo studio sui *Cenestopatici costituzionali*, la variazione indotta dall'emozione nei sistemi autonomo, simpatico ed endocrino, si ripercuote alla sua volta sulla compagine psichica dell'individuo, e non può che «*far perdurare quel tale stato d'animo penoso* che l'ha provocata e gli avvenimenti ad esso connessi: così tutto il resto della vita psichica rimane tagliato fuori ed il paziente appare dissociato, con tutta la sua mentalità ridotta ad un unico tema, quello dell'avvenimento che aveva agito da trauma» (Buscaino).

Il meccanismo fisio-psichico della nevrosi traumatica è così mirabilmente chiarito, e trova riscontro nella sintomatologia clinica della nevrosi stessa. Inoltre appare chiaro da esso che i fenomeni somatici, di origine vegeto-endocrina, ai quali veniva assegnato per lo passato un posto secondario nella nosografia della sindrome, vengono ora ad assumere il primo posto non soltanto nella nosografia, ma ancora nella patogenesi di essa.

Su questo terreno ed in questi termini il dissidio tra l'Oppenheim e lo Charcot, fra la scuola di Berlino e quella di Parigi, ci sembra definitivamente composto.

***

A questo punto vien fatto di domandarsi a carico di quali glandole cadano i disturbi che si riscontrano nella nevrosi traumatica.

Una soluzione precisa del quesito non è possibile, allo stato attuale delle conoscenze.

Si può però affermare in linea generica che nei neurotraumatizzati esistono segni di sovreccitazione simpatica e d'iperfunzione tiroidea e surrenale. Accanto a questi sintomi, possono presentarsene altri anche a tipo d'insufficienza, a carico di altre o magari delle

stesse glandole sopranominate. Levi e Rothschild han dimostrato che possono coesistere contemporaneamente o successivamente fenomeni d'iper - e d'ipotiroidismo. Quando quest'associazione si verifica, si possono trovare nello stesso soggetto i segni più caratteristici dell'una e dell'altra condizione morbosa: « i sintomi tipici dell'eccesso della funzione ghiandolare — come palpitazione, esoftalmo e tremore — sono accompagnati da quelli che svelano lo stato di deficienza, quali stitichezza, facile sensibilità al freddo, sclerodermia, ecc. (Geikie Cobb). Questa associazione di fenomeni capita di osservare spesso nei neurotraumatizzati. Comunque, non si può imputare tutta la sindrome complessa soltanto ad una disfunzione della tiroide, come vorrebbe il Buscaino, anche se a questa glandola spetti un'importanza grandissima.

La patologia endocrina c'insegna di tener sempre presente la genesi pluriglandolare delle sindromi endocrinopatiche, determinabile caso per caso.

CONCLUSIONI

Ci sembra dunque di poter concludere con fondate ragioni:

1. che la patogenesi della nevrosi traumatica debba ricercarsi in un disturbo primario della sfera vegeto - endocrino - emotiva, che si manifesta in individui con particolare predisposizione, in seguito all'azione emotiva od emocommotiva del trauma;

2. che i disturbi psichici sono condizionati da quelli fisiopatici;

3. che dal punto di vista clinico la nevrosi traumatica presenta un complesso sintomatico che la differenzia dalle semplici forme isteriche, neurasteniche, istero-neurasteniche, ecc., anche se di origine traumatica.

4. e che pertanto, distinguendosi dalle altre forme nevrosiche per caratteri etiologici, patogenetici e clinici, la nevrosi traumatica debba costituire una entità clinica autonoma, ed essere considerata come tale.

BIBLIOGRAFIA

Baratono A. — *Sviluppi della teoria Lange-James sulle emozioni* — Quaderni di Psichiatria Vol. XI. 11 - 12 novem. - dicem. 1924.

Babinski et Froment — *Hysterie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe* — Masson édit. — Coll. Horizon 1918.

Bandettini Di Poggio F. — *Secrezioni interne e sistema nervoso* — Tipografia della Gioventù — Genova 1921.

Baldi F. — *Le nevrosi traumatiche di guerra* — Stabil. Tipog. Giannini, Napoli 1921.

Bianchi V. — *Neuropsichiatria di guerra* — Annali di nevrologia 1917. Fasc. I.

Bianchi L. — *Sulle nevropsicopatie postraumatiche* — La Riforma Medica XXX. 1914.

» — *La Meccanica del cervello* — Fratelli Bocca Editori.

Buscaino V. M. — *Esperienza psichiatrica di guerra* — Rivista di pat. nerv. e ment. Anno XXIV. Fasc. 5 - 8 Firenze 1919.

» — *I cenestopatici costituzionali* — Riv. di pat. nerv. e ment. Anno XXIII. Fasc. 9 - 10 Firenze 1918.

» — *Biologia della vita emotiva* — Zanichelli, Bologna 1921.

Buscaino e Coppola — *Disturbi mentali in tempo di guerra* Riv. di pat. nerv. e ment. Anno XXI. Fasc. 1 - 2 - 3 Firenze 1916.

Corsonello — *Sulla Opoterapia* — La Medicina Pratica. Anno X. Fasc. 5. 1925.

Ciarla E. *Concezioni moderne sul meccanismo delle azioni nervose ed analogia col meccanismo d'azione delle glandole endocrine* — Terapia. Anno XV. Marzo 1925 N. 69.

De Sanctis S. — *L'isterismo di guerra* — Riv. sper. di Fren. Vol. XLII. Fasc. 4. 1917.

Grasset — *Il sistema nervoso e la guerra* — La Présse Medicale N. 1. 1916.

Goldstein — *Le malattie mentali in rapporto alla patologia dell'apparecchio endocrino - simpatico (intorno alla patogenesi delle distimie)* — Rivista di Endocrinologia e patologia costituzionale. Anno I. Roma 1922.

Geikie Cobb J. — *Gli organi a secrezione interna, le loro alterazioni e applicazioni terapeutiche* — Istituto Sieroterapico Milanese 1925.

Gualdi — *Il concetto della nevrosi* — Studium. Anno 1912.

James W. — *Principii di Psicologia* — Società Editrice Libraria — Milano 1901.

Janet P. — *Les névroses* — Flammarion Editeur, Paris 1909.

Levi L. e de Rothschild N. — *La petite insuffisance thyroidienne et son traitement* — Citato da Geikie Cobb. Op. cit.

Morselli E. — *Le nevrosi traumatiche* — Unione Tipog. Edit. Torinese. Torino 1913.

» » — *Neuropatologia e psichiatria in rapporto alla biologia e alla patologia generale e speciale* — Quaderni di Psichiatria. Vol. X. genn. - 1923.

Modena G. — *Nosografia e patogenesi delle psiconevrosi* — Atti del XVI. Congresso della Società Freniatrica Italiana — 1923.

Mòglie G. — *La diagnosi della nevrosi traumatica* — Società Editrice Dante Alighieri Albrighi e Segati — Roma 1909.

Mingazzini G. — *Anatomia clinica dei centri nervosi* — Unione Tipogr. Editrice Torinese 1908.

Oppenheim — *Trattalo delle malattie nervose* — Società Editrice Libraria — Milano 1905.

» — *Nevrologia di guerra* — Discorso inaugurale alla Società medica di Berlino — Gazeztta degli Ospedali N. 19. 1916.

Pende N. — *Simpaticopatie di guerra* — Riv. di pat. nerv. e ment. 1917.

Pieraccini G. — *Patologia del lavoro e terapia sociale* — Soc. Editrice Libraria — Milano 1906.

Pighini G. — *Contributo alla clinica e patogenesi delle psiconevrosi emotive osservate al fronte* — Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. XLII. Fasc. II. 1917.

» » — *Appunti sulle «distrofie traumatiche emotive» in zona di guerra* — Il Policlinico. Vol. XXV. M. 1918.

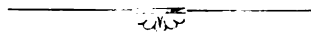
Pende N. — *Le Debolezze di costituzione* — Collezione Bardi di attualità della medicina — Roma 1922.

» — *Endocrinologia* — Casa Editrice Vallardi, Milano.

Roussy et Lhermitte — *Psychonévroses de guerre* — Collection Horizon 1917, Parìs.

Spadolini J. *Le funzioni nervose nel sistema della vita vegetativa* — Zanichelli, Bologna 1925.

Tanzi e Lugaro — *Trattato delle malattie mentali* — Società Editrice Libraria — Milano 1916.

Ventra C. — *La Camptocormia* — Annali di nevrologia, Anno XXXIV. N. V. e VI. Napoli 1920.

NOTE DI TERAPIA

Dott. RODRIGO FRONDA
Medico Primario.

"NERVINE MURRI„

Sono pillole cheratinizzate, composte di acido arsenioso, bromuro di potassio, pancreatina e canfora; e presentano l'aspetto di grossi fagioli di color marrone chiaro.

La formula è dell'illustre Prof. Augusto Murri, e sono preparate nel Laboratorio Felchides di Rapallo.

La mirabile preparazione è fatta in modo che ogni pillola cheratinizzata contiene acido arsenioso 0,0005 — bromuro di potassio 0,50 — pancreatina assoluta 0,05 — canfora 0,10.

Ne è proprietaria esclusiva per tutti i paesi la Spettabile Agenzia Generale Italiana Farmaceutici, che risiede in Milano — Corso Venezia, 14.

Si somministrano alla dose media di due a tre pillole al giorno, dividendole in modo da darne una o due un'ora dopo i due pasti principali e soprabevendovi da 100 a 150 grammi d'acqua. Se ne possono somministrare quattro o più al giorno in talune forme morbose più gravi e persistenti, ma per questo è indispensabile seguire la prescrizione del medico, che giudica caso per caso.

Come si vede, è un preparato complesso comprendente varii rimedii bene accoppiati e ben proporzionati, inmodo che le proprietà medicamentose degli uni sono avvantaggiate dalla presenza degli altri, e tutti insieme concorrono ad ottenere uno scopo determinato.

L'acido arsenioso, tra tutte le sostanze medicinali, ha sempre avuto molti detrattori come molti apologisti entusiasti, ed è stato sempre largamente applicato in terapia, specialmente in Germania, sopratutto nelle nevrosi, per non dire di alcune febbri a lungo decorso, delle croniche nevralgie, di molte malattie cutanee acute e croniche e di altre.

Il bromuro di potassio è stato introdotto in terapia non da lungo tempo, ma ha acquistato una grande riputazione, che merita per molti riguardi sopratutto in parecchie affezioni del sistema nervoso; e solamente bisogna convenire che se ne è stranamente abusato. Certo ne guarisce molte; ed in altre, e sono le più numerose, produce sempre una miglioria più o meno sensibile.

Il Gluber ne raccomanda l'uso contro il cardiopalmo sintomatico dei vizii organici del cuore e specialmente nella insufficienza della mitrale, come regolatore del cuore; il Dujardin-Beaumetz dice che il bromuro di potassio non solo regolarizza la circolazione, ma, agendo quale magnifico sedativo sull'asse cerebro-spinale e particolarmente sul bulbo, rende grandi servigi nelle affezioni del cuore, sopratutto in quelle mitraliche. Superiore all'oppio, che spesso aumenta la congestione dell'encefalo, il bromuro dà la calma e il riposo, regolarizzando i battiti del cuore, combattendo così l'insonnia.

In molte malattie, e dovunque vi è da moderare un'esagerata eccitabilità, esso è un farmaco mirabile, che non trova succedanei.

La pancreatina riesce efficace contro la dispepsia, tanto frequente nei malati nervosi. Si sa che essa è un fermento del pancreas, che peptonizza le sostanze albuminoidi, trasforma l'amido gonfiate in destrina ed in zucchero, e decompone in glicerina ed

in acidi grassi i grassi emulsionati nel succo pancreatico. Per tali virtù essa da poco tempo è trionfalmente entrata in terapia.

La canfora, si sa, in certe circostanze può rendere grandi servigi, e, sorpassata l'epoca empirica, in cui era usata una volta come calmante, un'altra come eccitante, ora invece si prescrive sempre come eccitante, ed in dose moderata riesce un tonico per eccellenza ed anche come disinfettante antifermentativo. Il bromuro di canfora, che si ottiene sostituendo ad un atomo di idrogeno un atomo di bromuro, viene usato oggi quale antinevrotico, antinevralgico ed ipnotico. Il Berger l'ha riconosciuto utile nel trattamento delle palpitazioni nervose del cuore ed in molti stati di eccitazione, specie degli organi genito-urinarii. Senza parlare di altri, mi piace ricordare che il compianto mio maestro Prof. Semmola era entusiasta del bromuro di canfora o canfora monobromata, come viene anche chiamato, nelle iperestesie dei genitali ed in quelle spermatorree prodotte da abuso della venere e dell'onanismo, quando l'iperemia del midollo spinale produce esaltata sensibilità nella sfera degli organi genitali.

E' stata pure vantato nel tenesmo vescicale ed anale, nelle cistiti dolorose del collo ed in altre infermità.

La cheratina serve a rivestir le pillole ed a farle disciogliere lentamente nel succo intestinale alcalino, evitando così i disturbi gastrici ed i gravi inconvenienti del bromismo.

Premesse queste brevi osservazioni, e tenuti presenti i varii componenti delle nervine così saggiamente accoppiati, esse trovano la loro applicazione in svariate malattie del sistema nervoso, là dove si desidera l'azione sedativa, tonica ed eupeptica.

In manicomio esse sono state applicate largamente in infermi affetti da fasi di eccitamento psichico semplice o con alterazioni sensoriali o con confusione mentale, o in casi di psicosi da tossinfezione come coadiuvante la cura causale. Inoltre sono state sperimentate in episodii di agitazione in altre malattie mentali come

la demenza paralitica, la psicosi paranoide o ebefrenica, in isterici ed epilettici, e sempre con vantaggio insperato dove altre cure erano riuscite inefficaci.

Nella clinica privata le « Nervine Murri » han dato risultato ancora più brillante, e di leggieri se ne capisce la ragione: in manicomio i malati arrivano sempre in ritardo, quando il morbo si è aggravato notevolmente per mancanza di cure appropriate, fatte da medici comuni, anche valorosi, ma non consumati nella specialità.

Riporto qui qualche storia clinica tra le più interessanti.

Osservazione I.

B. Eleonora, da Serre (Salerno), di anni 25, donna di casa, nubile, affetta da fase di esaltamento psichico in psicopatica originaria (psicosi degenerativa), ammessa in Manicomio il 23 gennaio 1925, perchè in famiglia si rendeva intollerabile per idee persecutorie con tendenza ad atti impulsivi contro tutti, per atti impudichi e talora osceni. Fin dalla sua ammissione si mostrò eccitata, clamorosa di giorno come di notte, laceratrice; talvolta depressa. Spesso si è dovuto usare per lei qualche mezzo di repressione. Tali stati si andarono alternando con una relativa tranquillità, da renderla capace di lavorare in sartoria e di farsi più facilmente governare.

Usando da 2 a 3 pillole al giorno del nostro farmaco, da circa due mesi è entrata in uno stato di calma abituale, che prima non durava più di 7 ad 8 giorni; la notte dorme meglio, e non lascia più il letto come prima.

Osservazione II.

D'A. Giovanna, da Cava dei Tirreni (Salerno), di anni 33, donna di casa, nubile, affetta da stato di esaltamento psichico con alterazioni sensoriali (prodromico di demenza precace ?).

Fu ammessa in Istituto il 27 marzo 1925, dopo sei mesi dallo sviluppo dell'infermità, perchè in famiglia presentava pericolosità per tendenze aggressive. In Manicomio si presentò in primo tempo abbastanza

tranquilla, ma disorientata nel tempo e nel luogo, in preda a disturbi sensoriali, stereotipie, disordini nel vestire, e soggetta a periodi di notevole agitazione, logorroica, incoerente, con strane idee deliranti persecutorie e grandiose, insonne. S' inizia la cura con le Nervine il 2 settembre, le quali riuscirono solo a farla meglio mangiare e dormire; ma la cura non si potette a lungo continuare, perchè la inferma tra le idee deliranti mise anche quella che il farmaco l'avvelenasse, protestando per il danno che le si voleva fare.

OSSERVAZIONE III.

C. Michele, da Margherita di Savoia (Foggia), di anni 47, contadino, ammogliato. Fu ammesso in Manicomio il 31 luglio 1925, perchè dette segno di malattia mentale in seguito ad un trauma al capo per una forte bastonatura riportata in rissa; fu riconosciuto affetto da eccitamento maniaco e curato con molti farmaci senza risultato, rimanendo quasi sempre agitato, clamoroso, incoerente, insonne. Con le Nervine si calma abbastanza, dorme sufficientemente la notte e pare che vada mentalmente reintegrandosi.

OSSERVAZIONE IV.

L. Vincenzo, da Sarno, sarto, ammogliato, di anni 62. E' un demente paralitico conosciuto già in Manicomio per esservi stato altra volta ricoverato e dimessone in prova per miglioramento. Vi fu riammesso il 12 agosto 1925 in istato di forte eccitamento, irrequietezza ed insonnia. Ha ricavato notevole giovamento dalle Nervine, divenendo più calmo e dormendo meglio la notte.

OSSERVAZIONE V.

M. Bettina, da Montefusco, domiciliata a Nocera Inferiore, di anni 23, donna di casa, maritata. Fu ammessa in Manicomio il 19 settembre 1924, affetta da psicosi paranoide in puerpera, pochi giorni dopo un parto patologico, per il quale fu adoperato il forcipe, ed il bambino nacque morto. Ebbe forte e protratta emorragia uterina, e dopo tre giorni cominciò a mostrarsi confusa, in preda ad allucinazioni visive, pantoclasta ed insonne; e tale si è mostrata sempre in Manicomio fin quando ha cominciato a far uso delle Nervine, con le quali migliora

sensibilmente nel fisico e nella psiche: è più tranquilla, più ordinata e pulita, meno erotica e meno insonne; mangia meglio e tende ad uscire dallo stato di esaurimento profondo, nel quale era caduta.

OSSERVAZIONE VI.

A. Maria, da Castelcivita (Salerno), di anni 26. contadina, maritata. Fu ammessa in Manicomio il 15 luglio 1925 per psicosi da tossinfezione, agitata, confusa, disorientata. incoerente e sitofoba. Curata della infezione addominale, ne guarì, ma rimase persistente in lei lo stato d'intensa agitazione psico-motoria con insonnia e disturbi gastrici con anoressia.

Dopo un mese di somministrazione delle Nervine va lentamente migliorando e reintegrandosi nella mente; mangia regolarmente e dorme; e però si va rifacendo anche in nutrizione.

OSSERVAZIONE VII.

M. Pasqualina, da Vastogirardi (Campobasso), donna di casa, nubile, di anni 20. Fu ammessa in Manicomio il 25 ottobre 1923, proveniente dal Manicomio Provinciale di Napoli, affetta da confusione mentale. Nell'Istituto si è mostrata sempre confusa, turpiloque, impulsiva, ed è stata profondamente denutrita ed oligoemica per tubercolosi della articolazione del gomito destro, per la quale ha fatto lunghe cure mediche e chirurgiche, guarendone.

Con le Nervine si andava man mano facendo tranquilla, benchè restasse sempre scompiacente e negativista; migliorava nel fisico e cominciava a dormire abbastanza la notte, quando è stata sorpresa da pleuro-pulmonite. Ciò ha fatto sospendere la cura iniziata, ma la paziente seguita a mantenersi tranquilla.

OSSEREAZIONE VIII.

F. Loreta, da Peschici (Foggia), di anni 29, donna di casa, maritata. E' affetta da esaltamento psichico confusionale, e fu ammessa in Manicomio l'8 aprile 1925, perchè da circa un anno, in seguito alla morte di una sua bambina, si era resa eccitabile, incoerente ed aggressiva. Nell'Istituto ha continuato ad essere in tali condizioni fino al 7 settembre, quando si è incominciato a somministrarle le Nervine, di

cui si è giovata largamente, migliorando assai nello stato generale di salute, nel sonno e nell'appetito. E' anche meno confusa e meno aggressiva, e fa sperare in una non lontana guarigione.

OSSERVAZIONE IX.

D. A. Teresa, da Macchia Albanese (Cosenza), di anni 44, contadina, maritata. Fu ammessa in Manicomio il 16 gennaio 1925, proveniente dal R. Manicomio di Aversa ed affetta da fase di confusione mentale con allucinazioni. Si è mostrata sempre incoerente, disordinatissima, irrequieta, lurida, insonne; deperita in nutrizione. Rimaste inefficaci tutte le altre cure sedative praticate, solo le Nervine danno qualche lieve miglioramento, specie per l' insonnia.

Le Nervine sono state anche da me sperimentate in clinica privata, ma per l' indole del lavoro e per la varietà dei casi non mi è dato qui di riportare dettagliate osservazioni, come ho praticato per gli ammalati di questo Manicomio Provinciale. Ma son rimasto convinto, e con me altri Colleghi da me interessati ad usarle, che esse riescono di notevole efficacia a combattere gli svariati disturbi del sistema nervoso, e sopratutto là dove esiste il cardiopalmo e l'insonnia; utilissime in forma convulsive, nei disturbi nervosi dell'epoca critica della donna, nelle astenie in genere, nelle nevralgie.

Ed io son lieto di poter aggiungere la mia modesta parola di lode a quella di tanti uomini insigni, che hanno adoperato le Nervine, e le raccomando vivamente ai Colleghi d'Italia sopratutto nell'interesse dell'umanità sofferente ed in omaggio all'illustre maestro Prof. Murri, vanto e decoro della medicina italiana. Ed in ultimo sento il dovere di ringraziare la Casa Falchides di Rapallo che ci offre un prodotto italiano, che non ci fa sentire il bisogno di ricorrere a Case estere.

Nocera Inferiore, Novembre 1925.

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II.
Diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

Dott. CARMELO VENTRA
Medico Ordinario

L'INOTSAL

nella pratica medica e specialmente neuropsichiatrica

La scelta dei preparati terapeutici costituisce nell'esercizio professionale pratico uno degli aspetti più delicati e complessi. L'industria farmaceutica nazionale ed estera lancia ogni anno sul mercato una valanga enorme di prodotti di varia natura, ognuno dei quali costituisce il tocca e sana per le malattie più difformi. Il medico coscienzioso giustamente diffida; ma il paziente che legge la réclame cubitale sulle quarte pagine dei giornali e si entusiasma ai miracoli del rimedio di moda, ne aspetta dal suo medico la prescrizione, e se questa non viene, il medico non vale.

Per buona sorte gli entusiasmi reclamistici scompaiono presto dopo i risultati negativi dell'esperimento, ed il criterio terapeutico si ferma allora a quei prodotti, la cui utilità curativa è stata sancita dall'esperienza lunga, paziente, fortunata.

Così la moda terapeutica, coi suoi capricci e le sue sbornie, dura anch'essa *l'èspace d'un matin*, e della colluvie infinita delle specialità farmaceutiche non resistono al tempo, che soltanto quelle che riescono a superare con vittoria clamorosa la prova dell'esperienza. Tra questi preparati credo bene possa annoverarsi l'**Inotsal**, che pure nella sua così breve vita ha conquistato ormai un posto sicuro e saldo nella terapia fosforata.

*
* *

Io non sono, in generale, entusiasta delle novità. Ho sempre sul mio tavolo da studio e davanti agli occhi della mente quel libro d'oro dell' H u c h a r d che riduce la terapia in venti medicamenti, e l'indirizzo saggio di quelle pagine mi segna la via maestra degli orientamenti curativi.

Ma non sono d'altra parte così misoneista, da non intendere e non tentare ciò che suggeriscono le correnti scientifiche del pensiero medico moderno.

Avendo avuto occasione di rivolgere in questi ultimi tempi la mia attenzione sulla terapia fosforata, che costituisce uno degli argomenti di capitale importanza nell'attività scientifica contemporanea, ho fatto ricorso all' **Inotsal,** ed avendo tratto dall'uso di esso dei vantaggi superiori e più rapidi di ogni altra terapia fosforata, credo utile riferirne i risultati.

Si sa che il fosforo è uno dei componenti fondamentali della cellula, e specialmente della cellula nervosa. Sono infatti principalmente ricchi di fosforo il sistema nervoso, i muscoli, il sangue, le ossa, lo sperma, il latte.

Si sa inoltre che notevoli quantità di fosfati vengono giornalmente eliminate con le urine (da 2,5 a 3 gr. di $P^2 O^5$ nelle 24 ore) e che questi fosfati provengono in parte dai composti fosforati introdotti nell' organismo con le bevande e con gli alimenti, e in parte ragguardevole dai tessuti contenenti fosforo. Ora questo fosforo che viene a mancare alla cellula, e che viene eliminato dall' organismo coi prodotti del ricambio materiale, ha bisogno di essere reintegrato nella cellula stessa, perchè questa non ne risenta gli effetti dannosi. E' necessario quindi che una certa quantità di fosforo venga introdotta giornalmente nell'organismo, e che questo fosforo sia di tal natura, *da rendere possibile la formazione sintetica dei composti proteici fosforati.*

Può il fosforo inorganico rispondere a tale requisito fondamentale? In altri termini, il fosforo e i suoi sali minerali, pur essendo più o meno facilmente e completamente assorbiti, sono poi assimilati dall'organismo animale, ossia sono capaci di ricostituire i tessuti e riparare alle perdite giornaliere di fosforo?

Il quesito, dopo lunghe prove e controprove, è stato risoluto in senso negativo. Lo Zadick, il Sanson, il Tunnicliffe, il Marfori, ecc. han dimostrato che l'organismo non soltanto non utilizza il fosforo somministrato sotto forma «anorganica», ma consuma le sostanze fosforate di riserva.

I sali di fosforo (fosfati, ipofosfiti, ecc.) pur essendo assorbiti con facilità dal tubo digerente, vengono rapidamente e completamente eliminati. Essi dunque non possono fornire all'organismo il fosforo di cui abbisogna.

Il fosforo necessario all'organismo per la reintegrazione del ricambio fosforato dev'essere di natura *organica*.

Partendo da questo concetto, al fosforo ed ai suoi sali furono nella terapia più recente sostituiti i composti organici del fosforo stesso. Ma anche per questi si è notato un diverso comportamento da parte dell'organismo rispetto al loro assorbimento ed alla loro assimilazione. I glicerofosfati, per es., se presi per bocca, vengono bene assorbiti e in gran parte assimilati, perchè l'acido fosfoglicerico *artificiale* viene scisso dal succo pancreatico nei due antipodi destrogiro e sinistrogiro, il quale ultimo ha la proprietà di essere assorbito dall'organismo e di servire alla nutrizione fosforata dei tessuti (Marfori). Ma se vengono invece iniettati sotto cute, allora tutto il fosforo viene eliminato con le urine. Il fosforo della lecitina viene magnificamente assorbito e assimilato; ma la lecitina va facilmente soggetta a putrefazione, e costa molto. Le nucleine e le nucleo-albumine contengono una buona dose di fosforo, ma questo solo in piccola parte viene assimilato, ed in gran parte eliminato con le urine e con le feci. Si è osservato che questa

diversa capacità di assorbimento e di assimilazione del composto fosforato è determinata non solo dalla diversa natura organica del composto, ma anche dal modo di estrazione e preparazione di esso.

L'antica corrente farmacologica e terapeutica tendeva a separare ed estrarre da ogni droga i singoli principii attivi, utilizzando le proprietà di ciascuno di essi, e non teneva conto dell'azione complessiva degli elementi riuniti così come natura li aveva creati. Tale criterio poteva essere utile fino ad un certo punto. Poteva cioè renderci edotti dell'azione specifica dei costituenti di una droga, ma non ci dava il rendimento terapeutico che invece ci dà la cooperazione complessa e globale dei costituenti stessi.

Per questo oggi prevale la corrente contraria, e all'azione dei singoli principii attivi si sostituisce l'azione del complesso farmacologico.

Non sempre ci è dato di conoscere le ragioni per cui un complesso farmacologico ha un'azione terapeutica più attiva ed efficace dei singoli elementi di esso. Non si sa, per es., se esistano dei principii attivi ignorati, che esaltino la funzione dei componenti, o se l'azione di essi si esalti pel solo fatto della loro associazione. Certo è che l'efficacia del complesso è sempre superiore a quella unilaterale del singolo elemento.

Questi criterii fondamentali son serviti di guida anche nella preparazione dei prodotti terapeutici del fosforo organico.

Tra questi prodotti terapeutici l' **Inotsal** ha una posizione di preminenza indiscutibile.

***

L' **Inotsal,** preparato dalla Ditta Ferrero e Bruni di Milano, è un *inositesafosfato di calcio, di magnesio e di ferro* [$C^6 H^6 (Ph O^2)^6 Ca^2 Mg^2 Fe^6$].

Ora l'inositesafosfato di calcio e di magnesio si vende in commercio chimicamente puro, sotto varii nomi. E' un prodotto inerte, e, come tale, sappiamo che non può servire alla riparazione fosforata dei tessuti.

L' **Inotsal** invece è l'*estratto totale del fosforo organico* (inositesafosfato di calcio, magnesio e ferro) *e dei principii attivi che ad esso sono associati nella parte corticale dei semi dei cereali* (episperma), da cui viene ricavato. Tra questi principii attivi trovansi le vitamine; e poichè l' **Inotsal** viene estratto a freddo, mediante un processo speciale, viene in esso assicurata la presenza della principale vitamina legata al fosforo, cioè l'antiberiberica o neurocardiaca *(vitamina B)*. Perciò l' **Inotsal** si distingue da tutti i prodotti similari (fitina, inosina, acammina fosforata, ecc.). La presenza delle vitamine esalta l'assorbimento e l'assimilazione del fosforo organico contenuto nell' **Inotsal**, cosicchè questo preparato può bene costituire un alimento fosforato di gran valore, più che un prodotto farmaceutico, tutte le volte che sia necessario reintegrare o arricchire di fosforo organismi debilitati.

***

Ho accennato alla presenza delle vitamine nell' **Inotsal**, ed è bene fermarci a guardarle da vicino queste sostanze, in virtù dell'importanza grandissima ch'esse hanno nell'economia animale, e che gli studii biologici moderni pongono sempre in maggiore rilievo. Anzi possiamo dire che il problema delle vitamine occupa oggi una buona parte dell' attività scientifica degli studiosi. Basti dire che la monografia del Guareschi, comparsa nel 1920, è corredata di circa 1000 lavori sull'argomento, e che tale numero può dirsi fino ad oggi quintuplicato.

Ciononostante nulla si conosce ancora circa l' intima natura delle vitamine. I tentativi di isolarle sotto forma di principii chimici non hanno fino ad ora avuto esito felice. Pare siano delle basi puriniche e piridiniche, appartenenti ai prodotti d'idrolisi degli acidi nucleinici.

Esse sono divise in 3 gruppi: A, B, C. Diciamo *gruppi*, perchè ulteriori studi han dimostrato che la vitamina A (liposolubile) com-

prende due vitamine l'*antixeroftalmica* e l'*antirachitica;* la vitamina B (antiberiberica) comprende una vitamina *antineuritica,* che ha il suo punto di attacco nei nervi periferici, ed un'altra vitamina *blastica* D, la quale stimola la moltiplicazione delle cellule ed influenza l'accrescimento generale corporeo; la vitamina C (antiscorbutica) comprende anch'essa due vitamine, di cui una attacca il tessuto di ossificazione della linea epifisaria (osteotropa) ed una influenza le essudazioni sierose ed emorragiche (angiotropa).

Chi abbia vaghezza di cognizioni particolareggiate sulla natura e funzione delle vitamine, e sugli effetti della loro mancanza o deficienza sui varii tessuti ed apparecchi dell'organismo, può consultare la vastissima letteratura sull'argomento, e particolarmente le dotte monografie del Centanni, del Pugliese, del Rondoni e dell'Ascoli, i quali hanno raccolto recentemente quanto di più positivo e concreto si conosce sulle vitamine e sulle avitaminosi.

A noi basta affermare, per intenderne tutta l'importanza, che le vitamine sono indispensabili all'intimo meccanismo del ricambio materiale, allo sviluppo dell'organismo, al mantenimento della fase di maturità e all'equilibrio funzionale del sistema glandolare endocrino, al mantenimento del tono neuro-muscolare (Pugliese), all'attivazione del potere ossidante del protoplasma vivente (Ramoino), e ad altre funzioni complementari, da cui dipende la sinergia della vita. Più importante di tutte, e la meglio conosciuta, è la vitamina B (antiberiberica), ch'è la più diffusa in natura, la più facile ad estrarsi dagli alimenti vegetali, e contiene certamente:

a) sostanze respiratorie;

b) sostanze che favoriscono la crescenza;

c) sostanze che partecipano alla conservazione del peso corporeo.

Le vitamine sono contenute in varia quantità nelle sostanze vegetali ed animali, e vengono perciò in condizioni ordinarie introdotte con gli alimenti e utilizzate dall'organismo.

Ma in condizioni patologiche l'organismo può presentare una incapacità funzionale più o meno accentuata ad utilizzare le vitamine contenute negli alimenti (disvitaminosi). A questo difetto possono ovviare le vitamine isolate dagli alimenti, concentrate e mantenute vive ed attive, le quali hanno un'azione farmaco-dinamica che entra in gioco quando le vitamine alimentari non hanno più azione efficace sull'organismo carenzato (Modigliani), stimolando e riequilibrando i processi di nutrizione intima, e normalizzando gli scambii biochimici cellulari.

***

Dalle considerazioni precedentemente fatte, emerge chiaro tutto il valore terapeutico dell' **Inotsal**, la cui preparazione risponde ai più recenti criterii di biologia e di chimica farmaceutica.

Esso infatti contiene, come abbiamo visto, non solo l'estratto totale del fosforo organico, che si trova nella parte corticale (episperma) dei semi dei cereali, ma ancora, oltre al fosforo, tutti quei principii attivi che ad esso si trovano associati, comprese le vitamine, e specialmente la vitamina B (antiberiberica o neuro-cardiaca), di cui è meglio nota la funzione e l'importanza nell'economia animale e nella terapia.

Dal punto di vista scientifico dunque l' **Inotsal** offre delle condizioni evidenti di superiorità sugli altri preparati, nei casi in cui è richiesta una energica terapia ricostituente.

Ma perchè un composto farmaceutico risponda a tutte le esigenze della pratica medica, non basta la semplice garenzia teoretica. Occorre invece che subisca la prova dell'esperienza lunga, molteplice, rigorosa, e che nell'esperienza appunto gli vengano riconosciuti quei requisiti che teoricamente gli vengono attribuiti.

L' **Inotsal** ha superato felicemente questa prova.

Ed è stato appunto il lusinghiero giudizio espresso da clinici autorevoli come il Guida, il Radice, il Bergamo, l'Orrigo, il Turtur, il Ronchetti, l'Izzo, ecc. e da una

serie infinita di medici pratici, che mi ha indotto a controllare nell'esercizio medico e specialmente neuropsichiatrico i vantaggi di tale prodotto.

La Ditta Ferrero e Bruni mi ha fornito gentilmente il quantitativo del preparato che mi è occorso per le mie esperienze, e son lieto di poterle qui rendere sentiti ringraziamenti, insieme all'omaggio doveroso per questo suo utile prodotto.

L'**Inotsal** è preparato in varie forme: granulare, sciropposa, polverata. Nella forma sciropposa v'è aggiunto il ferro, che completa l'azione ricostituente. Può essere adoperato da solo o in combinazione con altri medicinali, a seconda delle esigenze.

Il sapore grato lo rende accetto agli adulti ed ai bambini.

Oltre che nella clinica privata su larga scala, ho sperimentato l'**Inotsal** in alcuni pazienti del Manicomio di Nocera e del Sanatorio privato "Villa Chiarugi„ scelti fra coloro che presentavano il più alto grado di deperimento organico, e ne riporto qui i risultati ottenuti.

Oss. I. — C. Bernardino, di anni 58, ricoverato nel Manicomio fin dal 18 aprile 1925.

Malattia mentale: psicosi paranoide.

Condizioni fisiche prima della cura: stato di debolezza generale, pallore, deperimento organico, astenia, per quanto si alimenti bene e con appetito e dorma tranquillo. Peso del corpo Kg. 47.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: è andato gradualmente migliorando, si sente rinvigorito, è di umore allegro, è più colorito e meglio nutrito; si nota aumento di 7 chilogrammetri della forza muscolare al dinamometro; peso del corpo Kg. 48.200.

Oss. II. — A. Paolo di anni 27, ricoverato nel Manicomio il 20 dicembre 1924.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: notevolmente deperito, pallido, astenico. Appetito scarso; peso del corpo Kg. 51.600.

Condizioni fisiche dopo della cura: più sveglio ed attivo; aumentato il senso di benessere fisico; rinvigorito e irrobustito; mangia con appetito; la forza muscolare è aumentata di 10 ch.; peso del corpo Kg. 54.200.

Oss. III. — G. Donato di anni 50, ricoverato nel Manicomio il 28 agosto 1922.

Malattia mentale: stato depressivo in presenile.

Condizioni fisiche prima della cura: ricoverato all'infermeria per grave deperimento organico; peso Kg. 44.700.

Condizioni fisiche dopo della cura: notevolmente migliorato, è ritornato in sezione tranquilli; è meglio nutrito, più colorito, meno depresso, meno solitario. La forza muscolare è aumentata di 12 ch. Peso del corpo Kg. 48.300.

Oss. IV. — S. Leonardo di anni 55, alcoolista, parecchie volte recidivo.

Malattia mentale: psicosi alcoolica.

Condizioni fisiche prima della cura: è un malarico recidivo. Ha avuto di recente delle febbri, che lo hanno lasciato spossato, emaciato, adinamico. Peso Kg. 59.500.

Condizioni fisiche dopo della cura: ha potuto continuare la cura soltanto per un mese, alla fine del quale è stato colto di nuovo da febbri malariche, per cui ha dovuto essere mandato all'infermeria. Nondimeno nel mese di cura sentiva una certa miglioria nelle condizioni generali: si sentiva più forte e l'appetito era aumentato. L'ammalato stesso, vedendone il vantaggio, vigilava perchè il personale addetto non avesse dimenticato di fornirgli l' *Inotsal* ad ogni pasto.

La forza muscolare s' è avvantaggiata appena di 2 ch. Il peso del corpo alla fine del mese di cura raggiungeva Kg. 60.000.

Oss. V. — L. Giovanni di anni 34, ricoverato in Manicomio il 21 ottobre 1922.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: alquanto deperito, pallido, torpido, astenico, nonostante le cure ferruginose e arsenicali praticate di recente. Peso Kg. 54.500.

Condizioni fisiche dopo della cura: si è notato un lieve miglioramento nello stato di nutrizione e nel colorito. Il malato dice di sentirsi più valido. Però è sempre torpido e incapace di qualsiasi lavoro.

La forza muscolare si è avvantaggiata di 8 ch.

Peso del corpo Kg. 55.000.

Oss. VI. — P. Nicolantonio di anni 37, ricoverato in Manicomio l'8 agosto 1923.

Malattia mentale: fase depressiva in frenastenico.

Condizioni fisiche prima della cura: gravi condizioni di deperimento organico progressivo. E' pallido, emaciato, con le occhiaie infossate. Viene riconosciuto affetto da tubercolosi pulmonare. Ha praticato per un mese e mezzo la cura dell'*Inotsal*, ma non ha ricavato alcun giovamento. Deceduto per tubercolosi polmonare.

Oss. VII. — Di M. Giovanni, di anni 55, ricoverato in Manicomio il 21 maggio 1924.

Malattia mentale: demenza precoce paranoide.

Condizioni fisiche prima della cura: molto deperito, pallido, astenico. Avverte un senso di malessere e di abbattimento generale, che non è stato modificato nè dalla dieta speciale, nè da cure arsenicali e ferruginose. Peso del corpo Kg. 51.500.

Condizioni fisiche dopo della cura: durante la cura ha avvertito un senso di miglioramento graduale delle condizioni generali, ed un ritorno graduale delle forze. Mangia con appetito la dieta ordinaria ed ha un aspetto più florido. La forza muscolare è aumentata di 12 ch. Il peso del corpo ha raggiunto Kg. 53.200.

Oss. VIII. — M. Stefano di anni 34, ricoverato in Manicomio il 26 maggio 1922.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: alquanto deperito da parecchi mesi. Ha scarso appetito. Non ha fatto profitto da cure arsenicali e ferruginose *per os* e dalle iniezioni di glicerofosfati. Peso del corpo Kg. 43.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: migliorato di poco. Mangia sempre poco. Avverte un lieve miglioramento subbiettivo dello stato generale. La forza muscolare non è aumentata che di qualche chilogrammetro. Peso del corpo 44.000.

Oss. IX. — M. Giuseppe di anni 39, ricoverato in Manicomio il 25 marzo 1925.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: molto deperito, abulico, astenico, sitofobo. Dev'essere ogni giorno alimentato con la sonda. Peso del corpo Kg. 43.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: gli si è dato l'*Inotsal* in polvere nel latte dell'alimentazione, alla dose di 4 misurini al giorno. Non ha avuto il minimo disturbo. Alla fine della 3. quindicina di somministrazione del medicinale, il peso del corpo era aumentato di 2 Kg. Poi il paziente cominciò a mangiare spontaneamente e continuò a prendere l' *Inotsal*. Migliorato alquanto nello stato di nutrizione. La forza muscolare è aumentata di 5 ch. Peso del corpo Kg. 44.700

Oss. X. — P. Leopoldo, di anni 27, ammesso nel Sanatorio « Villa Chiarugi » il 7 maggio 1924.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: alquanto deperito, sebbene si alimenti a sufficienza. L' energia muscolare è discretamente conservata. Peso del corpo Kg. 55.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: migliorato nello stato di nutrizione generale. La forza muscolare è aumentata di 6 ch. Peso del corpo Kg. 56.900.

Oss. XI. — D. Alfonso di anni 51, ammesso nel Sanatorio « Villa Chiarugi » il 17 aprile 1925.

Malattia Mentale: malinconia.

Condizioni fisiche prima della cura: ha tentato di recente il suicidio, tagliandosi la gola con un coltello. E' depresso, ansioso, sitofobo. Dev'essere alimentato con la sonda. Peso del corpo Kg. 55.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: per la prima quindicina gli si è somministrato l' *Inotsal* in polvere, nel latte, alla dose di 4 misurini al giorno, e si è notato un aumento di peso di 1 Kg. Avendo dopo il paziente cominciato a mangiare spontaneamente, gli si è continuata la cura alla dose quotidiana di 6 misurini, frazionatamente prima dei 3 pasti. Le condizioni generali sono alquanto migliorate. Lo stato di nutrizione è florido. E' più colorito. La forza muscolare è aumentata di 15 ch. Il peso del corpo ha raggiunto i Kg. 57.200, dopo 2 mesi di cura, alla scadenza dei quali il paziente è stato dimesso dal Sanatorio, perchè mentalmente migliorato.

Oss. XII. — A. Pasquale di anni 59, ammesso nel Sanatorio " Villa Chiarugi ,, il 29 Giugno 1920.

Malattia mentale: demenza presenile.

Condizioni fisiche prima della cura: vegeta torpido e abulico, alimentandosi sufficientemente, ma restando sempre deperito alquanto. Peso del corpo Kg. 64,000.

Condizioni fisiche dopo della cura: sempre abulico, depresso ed un pò migliorato nello stato di nutrizione generale. Mangia con più appetito. La forza muscolare è rimasta invariata. Peso del corpo Kg. 65,200.

Oss. XIII. — P. Romolo di anni 26, ammesso nel Sanatorio "Villa Chiarugi ,, il 16 Febbraio 1925.

Malattia mentale: demenza precoce paranoide.

Condizioni fisiche prima della cura: vivamente allucinato e delirante, è un tipo smilzo e scialbo, con le guance e le occhiaie infossate, pallido, denutrito. Si alimenta bene. Peso del corpo Kg. 54,000.

Condizioni fisiche dopo della cura: rimane sempre esile e scialbo, ma lo stato di nutrizione generale può dirsi abbastanza migliorato. La forza muscolare è aumentata di 10 ch. Il peso del corpo ha raggiunto Kg. 57,400.

Oss. XIV. — P. Maria di anni 27, ammessa nel Sanatorio " Villa Chiarugi ,, il 13 dicembre 1921.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: alquanto deperita, abulica, torpida, astenica. Peso del corpo Kg. 56.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: sono rimaste invariate. Non si è modificata la nutrizione, nè il colorito, nè l'appetito. Il peso del corpo ha avuto delle oscillazioni, ora in più ora in meno, di qualche ettogramma, ma si è mantenuto sempre intorno ai Kg. 56.000. Forza muscolare invariata.

Oss. XV. — C. Maria di anni 35, ammessa nel Sanatorio " Villa Chiarugi ,, il 24 marzo 1920.

Malattia mentale: frenastenia.

Condizioni fisiche prima della cura: molto deperita, pallida, debole. Peso Kg. 45,000.

Condizioni fisiche dopo della cura: migliorata di poco. E' un pò meglio nutrita, ma sempre pallida. La forza muscolare è aumentata di 5 ch. Peso del corpo Kg. 46.000.

Oss. XVI. — M. Anna di anni 42, ammessa nel Sanatorio "Villa Chiarugi ,, il 5 aprile 1925.

Malattia mentale: stato depressivo ansioso.

Condizioni fisiche prima della cura: emaciata, pallida, con scarso appetito. Peso Kg. 54.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: lo stato di nutrizione è alquanto migliorato. Si è sviluppato bene l' appetito. Mangia tutto spontaneamente. La forza muscolare è invariata. Peso Kg. 56.000.

Oss. XVII. — G. Teresa di anni 32, ammessa nel Sanatorio " Villa Chiarugi ,. il 5 aprile 1925.

Malattia mentale: demenza precoce.

Condizioni fisiche prima della cura: molto deperita, per lo stato di continua agitazione psico-motoria. Peso Kg. 51.000.

Condizioni fisiche dopo della cura: invariate. Non si è notata alcuna miglioria, nè del colorito, nè dello stato di nutrizione.

Peso del corpo Kg. 51.200.

Oss. XVIII. — O. Maria di anni 15.

Diagnosi: clorosi.

Condizioni fisiche prima della cura: pallida, alquanto emaciata, non ancora mestruata. Peso del corpo Kg. 32.500.

Condizioni fisiche dopo della cura: si è fatta la cura dell'*inotsal* associata all'endovarina, e la malata ne ha tratto sufficiente giovamento. E' meglio colorita, meglio nutrita, mangia con più appetito, si sente piú forte. Il peso del corpo ha raggiunto i Kg. 33.200.

Oss. XIX. — O. Giovannina di anni 13.

Diagnosi: deperimento organico.

Condizioni fisiche prima della cura: in seguito ad una gastroenterite, si è sciupata moltissimo. E' pallida ed emaciata. Peso Kg. 30.800.

Condizioni fisiche dopo della cura: migliorato alquanto nello stato di nutrizione. La ragazza stessa avverte un senso di maggiore vigoria. Mangia con più appetito. Peso Kg. 31.800.

Oss. XX. — B. Anna di anni 26.

Diagnosi: neurastenia.

Condizioni fisiche prima della cura: alquanto deperita, pallida, astenica. Peso Kg. 42.100.

Condizioni fisiche dopo della cura: molto migliorata nello stato di nutrizione generale. E' più colorita. La forza muscolare è aumentata di 15 ch. Peso del corpo Kg. 44.500.

Delle storie cliniche riportate, le prime 9 riguardano malati ricoverati nel Manicomio Interprovinciale, le 8 seguenti appartengono a malati degenti nel Sanatorio " Villa Chiarugi ,, e le ultime tre a malate della clinica privata, che ho potuto avere sott'occhio continuamente, ed in cui ho potuto quindi seguire e controllare gli effetti della cura.

Ad altri numerosi ammalati visitati in clinica privata, ho prescritto l'**Inotsal** come ricostituente generale, e posso dire di aver avuto sempre dei vantaggi indiscutibili.

Ma l'esperimento *ad hoc*, per convincere sopratutto me stesso, della bontà del preparato, l'ho fatto sui malati di cui ho riportato le storie cliniche.

Lasciando da canto le tre ultime malate della clinica privata, affette da malattie comuni, mi fermo a considerare principalmente i risultati ottenuti nei 17 malati di mente, prescelti per l'esperimento. Tra essi figurano malati acuti e malati cronici. Vi sono frenastenici, dementi precoci, presenili in fase depressiva, alcoolisti, malinconici ansiosi. Ho scelto i malati più tranquilli, i quali presentavano il grado maggiore di deperimento organico, che aveva resistito alle cure precedenti.

In tali pazienti la causa del deperimento organico era legata a condizioni biologiche non facilmente determinabili. In un caso solo (oss. XVII) era dovuta all'agitazione psico-motoria della paziente, ed infatti la cura non ha determinato che un lieve giovamento.

Effetti scarsi si ebbero nell'oss. II.; ma il paziente era affetto da grave tubercolosi polmonare, tanto vero che è morto prima ancora di espletare la cura. In un altro caso (oss. XIV) gli effetti dell' **Inotsal** rimasero negativi. In tutti gli altri casi, dopo la somministrazione dell' **Inotsal**, si ebbe a notare un miglioramento rapido e progressivo nello stato di nutrizione generale, un senso di benessere, aumento dell'appetito, elevamento del tono generale della vita somatica e psichica, sviluppo maggiore di energia muscolare, controllata al dinamometro, aumento progressivo del peso del corpo.

Questo miglioramento notevole delle condizioni generali dei pazienti era indiscutibilmente dovuto alla cura dell' **Inotsal**, giacchè, nonostante le cure arsenicali, ferrugginose e fosfogliceriche precedentemente praticate, il loro stato generale si era mantenuto in passato pressocchè stazionario.

Tenendo i malati sudetti al regime di vita abituale, e somministrando l'**Inotsal**, ne ho raccolto e notato subito gl'indiscutibili vantaggi.

Nell'esperimento ho tenuto il seguente metodo:

Nei primi 15 giorni ho calcolato il peso medio di ogni ricoverato nelle sue ordinarie condizioni, facendo una pesata ogni 5 giorni, e calcolando in fine la media delle tre pesate. Questo peso medio l'ho assunto e notato come peso normale dell'individuo. Ho dopo somministrato l'**Inotsal** nelle sue varie forme (sciroppo, granulare e in polvere) secondo la dose massima prescritta, ed alla fine di ogni quindicina ho segnato il peso medio, trovato secondo i criterii seguiti nella determinazione del peso medio normale (cioè: pesata ogni 5 giorni; media delle tre pesate alla fine del 15.° giorno).

Ho visto così il peso del corpo crescere immediatamente dopo la somministrazione dell'**Inotsal**, e raggiungere in alcuni casi un aumento considerevole.

Non ho mai dovuto lamentare inconveniente alcuno dalla somministrazione del preparato.

La tabella in calce riassume a colpo d'occhio i risultati ottenuti nelle diverse fasi della cura.

Lo stesso criterio che per il peso, l'ho avuto nel determinare la forza dinamometrica, ed anche di essa ho notato in tutti i casi un aumento più o meno marcato.

L'esame delle urine non mi ha fatto notare aumento nell'eliminazione dei fosfati in toto. Il che dimostra che il fosforo dell'**Inotsal** è magnificamente assorbito e assimilato.

L'esame citologico del sangue non mi ha dimostrato modificazione alcuna della formula generale. Solo in due casi (Oss. V. e X.) si è avuto un lieve aumento degli eritrociti. Ciò non deve far meraviglia, se si considera che il fosforo non ha azione emopoietica diretta, ma solo in qualche caso può averla indirettamente specialmente per la presenza delle vitamine e di altri principii attivi stimolando i processi vitali di tutto l'organismo.

L'azione terapeutica dell'**Inotsal** può essere quindi riassunta nelle seguenti manifestazioni: *miglioramento rapido e progressivo*

dello stato di nutrizione generale, senso di benessere, aumento dell'appetito, elevamento del tono generale della vita somatica e psichica, sviluppo maggiore di energia muscolare, aumento progressivo del peso del corpo.

In virtù di questi effetti terapeutici indiscutibili l'**Inotsal** viene quindi ad occupare un posto di prim'ordine fra i preparati ricostituenti in genere, e fra quelli del sistema nervoso in ispecie. Può essere adoperato nei casi di esaurimento generale, in quelli di esaurimento del sistema nervoso, nella convalescenza di malattie infettive, nella clorosi, nelle anemie, nella neurastenia, nelle psicosi acute e croniche, nei casi di sitofobia commisto al liquido alimentare, nelle malattie da carenza, nelle malattie lunghe ed esaurienti (come la febbre melitense, la malaria, ecc.) nei casi di svezzamento dalla morfina e dalla cocaina, in tutte le malattie cosidette funzionali del sistema nervoso, ed in generale in tutti quei casi — e non son pochi — in cui è richiesta una valida e sicura medicazione fosforata e ricostituente. In questi casi l'efficacia terapeutica dell'**Inotsal** si è dimostrata più rapida e superiore a quella di altri preparati del genere, ed è per questo che ho creduto utile di riferirne brevemente i risultati.

TABELLA RIASSUNTIVA

N. d'ordine	COGNOME E NOME	Peso medio prima della cura in Kg.	Peso medio dopo la 1. quindicina di cura	Peso medio dopo la 2. quindicina di cura	Peso medio dopo la 3. quindicina di cura	Peso medio dopo la 4. quindicina di cura	Peso medio dopo la 5. quindicina di cura	Aumento totale del peso del corpo in chilogrammi
1	C. Berardino	47. —	46.800	47. —	47.500	47.500	48.200	1.200
2	P. Nicolantonio	47.200	47. —	47.200	(1)			
3	A. Paolo	51.600	52.800	51.800	54.300	54.200	54.200	2.600
4	D. Giovanni	51.500	51.500	52. —	52. —	54. —	53.200	1.700
5	G. Donato	44.700	45.500	48. —	48.600	47.300	48.300	3.600
6	M. Stefano	43. —	43. —	43.500	43.300	43.300	44. —	1. —
7	M. Giuseppe	43. —	43. —	43.200	45. —	44.800	44.700	1.700
8	S. Leonardo	59.500	60. —	60. —	(2)			
9	L. Giovanni	54.500	54.500	54.900	55. —	54.800	55. —	0.500
10	P. Leopoldo	55. —	56. —	57. —	57. —	57. —	56.000	1.900
11	D. Alfonso	55. —	56. —	57. —	57.200	(3)		2.200
12	A. Pasquale	64. —	65. —	65.200	65.300	65.200	65.200	1.200
13	P. Romolo	54. —	55. —	55.600	57. —	57. —	57.400	3.400
14	P. Maria	56. —	56. —	65.950	56. —	56. —	56. —	—
15	C. Maria	45. —	45.200	45.200	45.150	45.350	46. —	1. —
16	M. Anna	54. —	54.100	55. —	55. —	56. —	56. —	2. —
17	G. Teresa	51. —	51.100	51. —	51. —	51.100	51.200	0.200
18	O. Maria	32.500	—	—	33.200	—	—	0.700
19	O. Giovannina	30.800	—	—	31.800	—	—	1. —
20	B. Anna	42.100	—	44. —	—	44.500	—	2.400

(1) Morto di tubercolosi polmonare.
(2) Colpito da febbre malarica recidiva e trasferito all'infermeria.
(3) Dimesso dal Sanatorio.

XVII. Congresso della Società Freniatrica Italiana

Trieste 24-27 Settembre

La Società Freniatrica Italiana ha tenuto in Trieste il suo XVII. Congresso.

La seduta inaugurale è stata tenuta alle ore 10 del 24 nell'ampio salone del Lloyd Triestino, alla presenza delle Autorità civili e militari, di numerosi alienisti e di folto pubblico.

A rappresentare il nostro Manicomio è stato delegato il dottor Carmelo Ventra, che ha fatto una comunicazione sulla *nevrosi traumatica*, riportata per intero in altra parte di questo giornale.

Il prof. Morselli aprì il congresso con uno di quei soliti suoi discorsi in cui l'eleganza dello stile s'accompagna all'elevatezza del pensiero, e dopo aver letto un nobile messaggio del senatore Attilio Hortis, diede la parola al dott. Pastrovich, direttore del Manicomio di Trieste, che tenne il discorso di occasione. Parlarono ancora il Sindaco senatore Pitacco ed il comm. Zanconato per la Provincia. Dopo i discorsi furono letti varii telegrammi augurali, tra cui quelli dei prof: L. Bianchi, D. Ventra, Colella, Medea, Antonini, ecc., e poscia si passò alla nomina del Consiglio di Presidenza del Congresso. Su proposta del prof. Morselli, vennero eletti per acclamazione:

Presidenti onorarii: sen. Attilio Hortis, sen. Grossich, sen. prof Leonardo Bianchi, proff. Tanzi e Seppilli.

Presidente: dott. Pastrovich.

Vice Presidente: dott. Gusina.

Segretarii: dott. Evelina Rawicz, dott. Luisa Levi, dottori Ventra Carmelo, Galdo e Custrin-Rutter.

Commissione visitatrice dell'ospedale psichiatrico; Cappelletti, Cerletti, Tambroni.

La seduta inaugurale ebbe così termine alle 11,15.

I congressisti passarono poscia a visitare il Museo Rivoltella, ove fu loro offerto dal Municipio un vermouth d'onore.

Alle 12 seguì un pellegrinaggio al posto del supplizio di Guglielmo Oberdan, e fu deposta una corona a nome della Società Freniatrica Italiana.

Nel pomeriggio e nei giorni seguenti si son succedute le sedute ordinarie nella biblioteca dell'Ospedale Regina Elena. Dei temi generali riassumiamo qui appresso le conclusioni.

LA COSTITUZIONE IN PSICHIATRIA

(Riassunto della relazione di M. Kobylinsky e G. Vidoni)

Premesso che la nuova corrente costituzionalistica in Psichiatria trova riscontro in altri campi della Medicina, i relatori credono che sia necessario rintracciare gli elementi del nuovo indirizzo non soltanto nel materiale strettamente psichiatrico, ma anche nelle conquiste di altre discipline. Per questo si fermano a parlare su la costituzione in Medicina generale ricordando specialmente il concetto unitario, che, in Italia, è stato affermato 50 anni fa da De Giovanni e che, oltre che nel nostro Paese, ha, oggi, consensi larghi e profondi anche al di là delle Alpi. Per tutti, basta citare Kraus.

Passano quindi a riferire i risultati (anche personali) ottenuti, in tale ordine di studî, dall'Antropologia Criminale, dove è stata dimostrata l'esistenza tra costituzione morfologica e reato di un rapporto, che ci mostra come, nella determinazione all'una o all'altra forma di reato, intervenga la costituzione più nel suo significato intrinseco che non nella sua qualità di « mezzo » opportuno ed atto al raggiungmento di un fine proposto in modo, più o meno, cosciente e volontario.

Tutto questo ci permette di comprendere meglio lo sforzo di quegli alienisti, che, con l'aiuto di nuove interpretazioni, sono, in quest'ultimo periodo di tempo, venuti tentando di determinare il valore della costituzione morfologica individuale in rapporto con le manifestazioni delle malattie mentali, tentativi che, nell'opera di Kretschmer, hanno avuto l'espressione più decisa e che, nell'opera stessa, hanno trovato incitamento per il lavoro di conferma, di revisione e di critica.

Passata in rassegna la produzione e la casistica degli AA. che si occupano dell'argomento, dopo aver controllato gli elementi esposti alla luce delle proprie indagini, i relatori ritengono che lo studio dell'eredità sia particolarmente importante per comprendere la costituzione in Psichiatria e pensano che « l'ascendenza » abbia parte notevole nella costituzione individuale. L'importanza del fattore endogeno viene però, di frequente, affermandosi con la predisposizione diatesica. Ma la diatesi non è la malattia, tutt'al più (come, con felice espressione, dicono Tanzi e Lugaro) è la candidatura alla pazzia. Non vien meno per questo, di certo, il valore dell'ereditarietà, sia quando è di significato immediatamente similare, sia quando assume qualche altro aspetto, compreso quello di indistinta trasmissione di debolezza. Difatti se, alle volte siamo di fronte a trasmissione vera di caratteri, ben importanti sono pure gli altri casi che racchiudono, in loro, la legge per trasformazione non meno attiva ed efficace pur essendo di indole generale. In quest'ultimo campo vanno, ad esempio, ricordate tutte quelle cause tossico - infettive che agiscono sui figli a traverso i genitori e che vengono, così, mediante la malattia, a preparare l'anomalia. Anche in Psichiatria, ad ogni modo, non di rado appare vero quello che De Giovanni ha dimostrato in altri campi della Medicina, vale a dire che quanto si tramanda è la disposizione, è la suscettibilità, per cui la forma morbosa si collega bensì alla ereditarietà, ma si esplica in quanto su essa agisce qualche cosa di individuale

realizzantesi magari mediante qualcuno dei «complessi costellativi», che i relatori si indugiano ad illustrare. Tutto concorre a spiegare ed a chiarire il fatto che possibilità di trasmissione non vuol dire necessità.

***

Le ricerche morfologiche sono state praticate col metodo di Viola in casi di epilessia, di paralisi progressiva, di frenosi maniaco-depressiva e di demenza precoce. Per dire soltanto di queste ultime forme, si nota che nella demenza precoce si sono trovati i tipi microsplancnici nel 60 °[o, i megalosplancnici nel 7 °[o, mentre nel 33 °[o sono risultati i tipi misti o displatici. Nella frenosi maniaco-depressiva i tipi macrosplancnici sono stati notati nel 32 °[o, quelli microsplancnici nel 19 °[o ed i misti nel 49 °[o.

A prescindere da tali dati, si insiste nella relazione ad illustrare il concetto che, nelle malattie ed anomalie mentali, si debba ben spesso riconoscere all'originaria condizione dei centri nervosi un'importanza di primo ordine per la manifestazione psichica, cui però la condizione di tutto l'organismo può contribuire per molteplici ragioni.

Per raggiungere una comprensione esauriente del concetto di costituzione, qualora si voglia intenderla nei suoi elementi anatomico e funzionale, lo studio clinico deve essere intimamente legato con quello morfologico e con l'indagine sull'eredità. I tentativi fatti, con tale indirizzo, autorizzano a perseverare, sia per quanto ci dice l'interpretazione di massa, sia per quanto ci conferma l'interpretazione dei singoli casi, considerati nei tipi puri od in quelli misti e complessi specie per l'influsso di molteplice forma di eredità.

La personalità non dobbiamo considerarla solamente in un significato di pura armonia. Le leggi biologiche (già messe in rilievo da De Giovanni nella Medicina generale) e lumeggiate, tra l'altro, dalla conoscenza su l'eredità ci dicono, infatti, che la

personalità sussiste anche per la sua disarmonia, che, nelle manifestazioni fisiche appare esternamente a traverso i dati morfologici e che, nella vita in genere, si realizza per mezzo di relazioni, che possono essere ora di consenso ed ora di dissenso e di contrasto. La ricerca, di certo, non è facile, ma è possibile tanto più che essa ha oramai punti basali di patenza, punti che lasciano già intravedere come le condizioni psichiche possano venir chiarite da quelle endocrinologiche e da quelle morfologiche e come, a loro volta, queste ultime possano ricevere luce e significato delle prime.

PSICHIATRIA E PSICANALISI

(Riassunto della relazione di E. Weiss)

Come dalla più riuscita indagine fisiologica non si potrà comprendere come sorge una sensazione luminosa, così attraverso la conoscenza anche più profonda dei fenomeni somatici non si può arrivare a capire i fenomeni psichici in genere. La Psicopatologia è un'ottima occasione per farci comprendere quanto sono complicati i meccanismi psicologici anche nel caso normale, e ci stimola sempre più all'indagine. La Psicanalisi attinge le sue vedute dall'esperienza, dall'osservazione clinica, dal contatto diretto ed intimo con l'ammalato. Attenendosi al modo di procedere del suo caposcuola, Freud, si dovrà riconoscere che in Psicanalisi si tenta di orientarsi nel modo più diretto e più naturale; se i risultati dell'indagine sono, secondo le nostre solite abitudini mentali, molto strane, non è il caso di dire che il modo di procedere usato in Psicanalisi sia strampalato, ma, per determinate ragioni, tale appare indubbiamente la natura di certi fenomeni studiati dalla psicanalisi. E' però un fatto che Freud si è sempre non solamente astenuto, ma anche tenacemente opposto dall'allacciare i suoi reperti e le sue teorie ad un qualsiasi sistema filosofico, ad una visione dell'universo, ad una cosidetta « Weltanschauung », come sarebbe per es. quella materialistica. Sembra che quest'ultima domini ancor sempre nella

Psichiatria ufficiale, la quale si associa a quell'indirizzo psicologico, secondo cui l'esperienza di un innegabile rapporto intimo, inseparabile, tra quanto ci si presenta come somatico e quanto concepiamo come psichico, non ammette altre conclusioni fuorchè quella, che dal somatico scaturisce lo psichico. Quest'è, però, una speculazione vera e propria, la quale sta in stridente contrasto col fatto che una nostra sensazione. sia visiva che acustica, è un fenomeno altrettanto psichico quanto un dolore, un desiderio ecc., e che i fatti somatici non possono da noi essere concepiti che attraverso le nostre sensazioni. Tanto la concezione materialistica della vita, quanto quella dualistica, secondo la quale esisterebbe un'anima separabile da un corpo, sono delle « Weltanschaungen », alle quali un indagatore sobrio, che è devoto alla sola esperienza, non ha da attenersi.

Reperti somatici non devono stare in contrasto con reperti psicologici. Se eccitando una data zona della corteccia cerebrale di un soggetto, ci riesce di provocare un dato movimento per es. della sua mano, non possiamo in alcun modo valerci di questo fatto, per dimostrare che quello stesso movimento non aveva avuto altre volte una motivazione psicologica. Così pure l'inorganicità di un fatto psichico o di una malattia psichica non è affatto un concetto familiare alla Psicanalisi, la quale, se mai, di una data manifestazione non può dir altro se non che essa ha un significato psicologico. Il voler capire l'attività psichica normale, non meno di quella patologica, dal puro lato somatico, sarebbe altrettanto assurdo, come il voler capire il significato ed il valore artistico di un quadro, studiando la composizione chimica dei colori usati dal pittore, oppure la forma geometrica delle linee che lo compongono.

La Psicologia scolastica era insufficiente per farci comprendere come nelle nevrosi e nelle psicosi si riscontrano dei complicatissimi giuochi di manifestazioni psichiche, dei tentativi di superamento di situazioni, sia esterne che interne — cioè di stimoli tra loro contrastanti. Il giusto apprezzamento dei fenomeni psichi-

ci, come essi ci si presentano alla coscienza, esigeva una molto dettagliata scomposizione degli stessi nei vari componenti; ma questa scomposizione ci faceva varcare i limiti dei fenomeni registrati e registrabili dalla coscienza, la quale, in base a lunghe ed accurate indagini, non poteva essere considerata che come una specie di senso che percepisce solamente una piccola parte dei fatti soggettivi, quali sono appunto i fenomeni psichici. Col progresso della nostra esperienza e della nostra abilità di sfruttarla, il campo dei fenomeni psichici si dimostra sempre più vasto ed abbraccia anche l'attività istintiva, che si palesa suscettibile di un'interpretazione psicologica. La genesi degl'istinti acquista valore psicologico appena alla luce dei reperti psicanalitici; il nostro rapporto col mondo esteriore e con la propria persona viene pure istintivamente regolato pel tramite di una proiezione o di un ritiro di un'energia psichica, di un interessamento, la considerazione del quale ci conduce ai punti di vista economici e dinamici. I disturbi di questi rapporti come li riscontriamo per es. nel delirio, nell'allucinazione, nell'autismo, nel cosidetto fenomeno di depersonalizzazione ecc. vengono chiariti appena dalla Psicanalisi. Essa dà quindi alla Psichiatria una base psicologica la quale prima le mancava.

Lungi dallo svalutare l'importanza dei processi endocrini e delle alterazioni organiche, la Psicanalisi anzi ci aiuta a valutarli meglio, così pure è atta a completare i risultati della Psicologia sperimentale che studia per es. le alterazioni della sensibilità, della memoria, dell'attenzione ecc. prodotte in un soggetto da varie intossicazioni; la Psicanalisi studia quali cambiamenti abbia subito in queste stesse circostanze l'attività istintiva, quali spostamenti di energia psichica siano subentrati e quali disturbi presenti il pensiero, che prima di arrivare alla percezione della coscienza, attraversa parecchie fasi di sviluppo.

La Psicanalisi ribadisce con nuovi e convincenti risultati la asserzione, che l'attività istintiva sia un prodotto della storia della

specie e che va considerata — come del resto anche la morfologia — da un punto di vista storico. Estendendosi il campo dell'indagine psicanalitica ai fenomeni intimi vitali in genere, essa è Biologia.

Alla luce della Psicanalisi la disposizione alle diverse malattie psichiche come pure la costituzionalità morbosa vengono precisate dal lato psicologico, mentre si scoprono come importantissimi fattori patogenetici delle regressioni a determinati gradini di sviluppo più o meno lontani di una o di un'altra parte dell'attività istintiva, a seconda delle malattie. Quei casi che nella cosidetta traslazione verso il medico rivivono una fase di sviluppo da loro non superata, offrono occasione per un intervento curativo. Ho sperimentato il metodo psicoanalitico su quasi una sessantina di pazienti, sui quali potei confermare pienamente le asserzioni del Freud. Fra breve pubblicherò alcune psicanalisi compiute, delle quali potrò riferire le catamnesi assunte parecchi anni dopo la guarigione. Anche in quei casi che guarirono apparentemente da sè, con o senza ricadute, si possono stabilire le circostanze che determinarono il cambiamento nelle loro condizioni psichiche, nonchè il meccanismo per il quale esso si è verificato.

L'importanza che in Psichiatria si attribuisce alla struttura organica ed al chimismo, in Psicanalisi si attribuisce all'attività istintiva ed allo psicodinamismo. Soma e psiche in Psicanalisi s'incontrano nell'istintività. Come in Psichiatria ci si aspetta da un ulteriore perfezionamento degl'istrumenti di ricerca un progresso del nostro sapere, così in Psicanalisi ci si attende il progresso da un cambiamento del punto di vista dell'indagatore stesso, dall'abbandono di certe sue resistenze istintive, che non gli permettono di vedervi chiaro. La Psicanalisi illumina il rapporto reciproco tra individuo e società, e studia le malattie mentali anche sotto questo punto di vista. Essa non considera la malattia mentale come un *quid* d'intruso nel soggetto, ma piuttosto come una parte viva della

personalità stessa, la quale si trova in istato di continuo svolgimento.

Infine, non è superfluo menzionare che Freud stesso ripete in varie occasioni che le vedute psicanalitiche non devono essere considerate come un costrutto finito; egli invece accentua frequentemente lo stato incompleto e provvisorio della disciplina, bisognosa di revisioni e di ritocchi.

TERAPIA DELLA PARALISI PROGRESSIVA

(Riassunto della relazione di N. De Paoli e D. Pisani)

Osservazioni cliniche-terapeutiche

(Dott. Nino De Paoli)

Un secolo è passato dall'epoca in cui Bayle isolò la sindrome impressionante e inesorabile della paralisi generale progressiva' che tante vite distrusse e tanti geni annientò in un penoso e progressivo decadimento: secolo ricco d'indagini, da prima cliniche e semeiologiche da poi etiologiche e biologiche e che si chiude con un primo felice promettente indirizzo terapeutico per merito della geniale intuizione e della tenace attività di Wagner von Jaurregg.

Assodata la origine luetica della paralisi progressiva, le speranze di cura erano legate ai metodi di trattamento specifico: ogni nuovo preparato apriva la via a nuovi tentativi: ma la esperienza non ha dimostrato alcun costante risultato ed i parziali ed apparenti efletti ottenuti da alcuni autori non ricevevano conferma.

Così successivamente vennero abbandonati i preparati mercuriali, arsenobenzolici, e recentemente si dimostrarono anche insufficienti i preparati di bismuto. Le varie vie di introduzione non dimostrarono di raggiungere il germe e non portarono modificazioni all'inesorabile decorso della grave forma morbosa: così che siamo autorizzati a concludere che i preparati specifici nella cura

della paralisi progressiva hanno completamente fallito e all'uso di essi deve essere riservata una efficacia di coadiuvante associati ad altro trattamento non specifico.

L'indirizzo terapeutico basato sui principi biologici e sui rapporti umorali nelle infezioni, aprì la via a molti tentativi di cura aspecifica nella paralisi progressiva. I primi risultati, per quanto instabili, furon ottenuti fin dal 1907 da Wagner v. J. che introdusse insieme a Pilcz il metodo della cura con iniezioni di tubercolina. Incerti ed incostanti pare siano i risultati con preparati che aumentano la leucocitosi e producono lievi e mutevoli aumenti di temperatura: nucleinato di soda, flogetan, aalan, ecc

Ma la vasta esperienza e i numerosissimi contributi degli ultimi anni vengono a sanzionare la importanza della terapia basata sulla produzione di accessi febbrili. Ai diversi procedimenti preconizzati la inoculazione della malaria terzana consigliata ed applicata fin dal 1917 dal Wagner appare il più indicato innocuo e proficuo metodo di cura.

Possiamo affermare, in base alle personali ricerche che i risultati favorevoli rappresentati da remissioni durature si hanno in circa il 30-5 % dei casi trattati e che questa percentuale potrebbe essere assai più elevata se la cura fosse fatta nei periodi iniziali della malattia e fossero vinte le ingiustificate diffidenze di cui molti circondano il metodo. Dalle nostre ricerche risulta che il procedimento è di facile attuazione, che ci fornisce durature remissioni e tali da permettere al paziente di riprendere la sua posizione sociale e professionale, che le condizioni psichiche e fisiche rapidamente e contemporaneamente migliorano. E possiamo confermare tutte le caratteristiche di infezione benigna, che presenta la malaria inoculata, mentre ci sembra che non tutti gli stipiti di malaria, anche se danno elevate temperature diano gli stessi risultati.

Il meccanismo di azione è ancora oscuro: si discute se la influenza utile sia data dalla alta temperatura o dal brivido che la precede o da una specifica azione del plasmodio sullo spirochete.

Problemi non facili a risolvere perchè ancora scarse sono le indagini biologiche e gli studi di laboratorio in proposito. Dalle osservazioni cliniche, sopratutto da alcuni particolari di contegno della infezione malarica nei p. p. sembra di rilevare in questi pazienti una resistenza alla infezione malarica, che giustificherebbe la ammissione di un antagonismo fra plasmodio e spirochete. Secondo il nostro parere il metodo di cura **Wagner** ha gia ottenuto sufficiente sanzione e, se applicato in tempo e nei soggetti esenti da lesioni cardiache o polmonari o da altre gravi malattie di organi interni ha sicuri e favorevoli risultati.

Alcuni nostri casi in cui alla cura malarica non seguì alcuna cura specifica e nei quali la remissione continua da più di un anno con ripresa della professione, farebbero pensare che la cura specifica non sia necessaria: in ogni modo e opportuno che siano fatte nuove esperienze con i due metodi associati specifico e aspecifico o con il solo metodo aspecifico per meglio determinare le indicazioni, forse diverse secondo i diversi casi.

Sindrome umorale nei paralitici progressivi curati con la Malaria — (Dott. Domenico Pisani)

Le alterazioni che presenta il liquido cefalo-rachidiano negli individui affetti da P. P., pur dovendosi considerare come uno dei tanti sintomi nel ricco quadro della malattia, costituiscono per la loro peculiarità un reperto di valore diagnostico decisivo. Le modificazioni quasi costanti e alle volte rapide della sindrome umorale, che si notano nei p. trattati con la terapia malarica, modificazioni che in alcuni casi si accentuano successivamente a tal punto che il LCR. ritorna normale in tutti i suoi elementi costitutivi, rendono l'esame del L. un mezzo prezioso per seguire l'andamento clinico della malattia e per controllare i risultati terapeutici.

Riassumendo, i principali dati da me raccolti si può mettere in rilievo il fatto che durante e subito dopo la cura malarica nella

gran maggioranza dei casi le alterazioni dei singoli componenti del liquido tendono ad attenuarsi tanto in quei casi, in cui si inizia il miglioramento clinico quanto in quelli in cui non si osserva alcuna modificazione od in cui si ha un peggioramento dei sintomi psichici e somatici. Nei mesi e negli anni successivi alla cura malarica si nota nei casi stazionari o a decorso sfavorevole un arresto nell'attenuarsi delle alterazioni del L. o perfino in alcuni casi casi un ritorno ad alterazioni di intensità uguali a quelle che si notavano prima di iniziare la cura. Nei casi invece a decorso favorevole le alterazioni del Lcr. tendono lentamente a scomparire ed in alcuni di essi, sottoposti ad intense e ininterrotte cure specifiche, si osserva che il Lcr. diviene normale in tutti i suoi elementi. Le modificazioni del L. si presentano prima a carico degli elementi cellulari e della albumina totale, di poi diminuisce l'iperglobulinosi e la intensità di flocculazione delle reazioni collaidali ed infine la R. W. da positiva diventa parzialmente positiva ed in alcuni casi negativa.

Le cellule infatti precocemente diminuiscono di numero e da una forte ipercitosi prevalentemente linfocitaria (90-120 per mm. 3) si scende a lieve linfocitosi e a volte si constatano cifre quasi normali. L'albumina totale nei casi in cui è aumentata tende anche rapidamente a ritornare ad un tasso normale. Meno accentuata è in primo tempo la modificazione della iperglobulinosi, che solo lentamente diminuisce di intensità e persiste quantunque di modico grado, per diversi anni nei casi di remissione clinica con ritorno alla completa capacità lavorativa.

La reazione di Weichbrodt, che nella p. p. è nella maggioranza dei casi di una notevole intensità, e sempre superiore alla intensità della fase dolla reazione di Nonne, diviene uguale nel grado di positività a questa ultima reazione, ma difficilmente diviene negativa. Più marcata è la diminuzione di intensità, che si nota con la reazione di Pandy e con la fase 1 della reazione di Nonne.

Le reazioni coloidali del Lcr. diminuiscono parallelamente alla iperglobulinosi, ma con una maggiore lentezza: da prima si ha una diminuzione nel grado di intensità e nella estensione della flocculazione.

Floculazioni di terzo grado estese a 5-6 diluizioni del L., come si ha nelle sindromi umorali tipiche di P. p., si riducono a flocculazioni di secondo o primo grado estese a due o tre diluizioni. Negli anni successivi alla cura malarica, specie nei casi sottoposti a cure specifiche, si nota ancora una riduzione di positività delle reazioni colloidali, che mostrano solo una lieve subpositività limitata a volte ad una sola diluizione del liquor e nei casi più favorevoli lieve intorbidamento nelle prime diluizioni di sinistra, reperto che può ai fini pratici considerarsi come negativo. Riguardo al tipo di curva nella maggior parte dei casi persiste il tipo di una curva paralittica, che solo in rari casi si muta in tipo luetico, fatto questo che, almeno secondo la mia esperienza, non ha alcun speciale significato.

La R. Wassermann persiste positiva e solo si hanno diminuzioni di grado. In rari casi e sempre negli anni successivi alla terapia malarica, la R. W. diviene negativa e tale si mantiene anche usando per eseguirla il metodo delle dosi crescenti di liquor.

Concludendo si può affermare, che la terapia malarica produce nette modificazioni quesi costanti del lcr. dei paralitici, modificazioni che negli anni successivi alla cura sono, in genere, parallele al decorso clinico della malattia. L'attenuarsi delle alterazioni quando è precoce progressivo e parallelo al miglioramento della sindrome clinica rappresenta un elemento prognostico di grande importanza per la durata delle remissioni. Il fatto di avere riscontrato le più forti modificazioni della sindrome umorale, divenuta in alcuni casi normale, in individui sottoposti dopo il trattamento malarico a cure specifiche prolungate dimostra come sia opportuno fare seguire alla terapia malarica energico trattamento specifico.

Dato il parallelismo, che esiste fra la intensità delle alterazioni del L. e la gravità e la estensione delle alterazioni meningo-encefalitiche che sono la base anatomo patologica della malattia, il costante e duraturo miglioramento che si nota nella sindrome umorale nelle remissioni postmalariche apporta un argomento importante, perchè obiettivo, a favore di questo metodo aspecifico di cura della P. P.

***

Animate ed interessanti le discussioni, cui prese parte gran numero di alienisti. Sopratutto vivace la discussione sul tema « *Psichiatria e psicanalisi* », di cui ci piace riportare in riassunto quanto ha detto il prof. Morselli. Questi ha dichiarato che la psicoanalisi « ha creato da una parte un esagerato fanatismo e dall'altra un'avversione spietata. Per quel senso della misura che distingue la mentalità italiana, noi siamo eclettici, perciò sottoponiamo la teoria psicoanalitica alla prova del fuoco della pratica e la valutiamo per quello che rende. Di questa teoria rimarrà nella scienza la parte vitale, ma che ha carattere episodico nel gran quadro della psichiatria, e che fu portata, per un errore di esagerazione, dai proseliti del Freud fuori del campo nel quale il maestro aveva seminato. Per tal modo è avvenuto un continuo mutamento, come è avvenuto, per colpa del proselitismo esagerato, per la teoria lombrosiana e per quella di Darwin. Ma io affermo che i lati manchevoli del metodo del Freud superano i lati da considerare efficaci. Domandiamoci, signori: che malati ha il nostro illustre collega di Vienna? A lui occorrono gli ammalati dai piccoli quadri morbosi, gente che passa da un ambulatorio medico all'altro; ma la psichiatria estende il campo a quelli che popolano le cliniche e gli ospedali psichiatrici. Ammetto che isterismo e nevrosi coatta in realtà sono psicoanalizzabili, ma tutto il resto della dottrina freudiana sembra piccola porzione di quella sintomatologia che andiamo indagando.

La psicologia è estranea alla clinica. Salvo la psicologia patologica, che da noi da 40 anni è entrata a sussidiare le ricerche psichiatriche, tutta l'altra parte della psicoanalisi resta relegata nella letteratusa. Freud crede che i psichiatri non possono curare le forme nevrotiche. Ebbene noi curiamo le vere malattie mentali, ma non con la tecnica elementare della psicoanalisi E' incredibile, ma Freud, che pur ha fatto una scoperta geniale, fanciulleggia anche lui, come talvolta qualche altro grande. Del resto, come dare un volore solidalmente scientifico alle interpretazioni psicologiche dei sogni date dai seguaci della scuola psicoanalitica, quando si constata che esse diversificano se date da Freud stesso o se date da uno dei più autorevoli cultori della stessa dottrina, quale è lo Steckel, o se date ancora da altri psicoanalitici?

E' vero che nel passato la psichiatria ha fatto troppo intellettualismo, ma ora la scuola psicoanalitica, venendo a valorizzare in così alto grado la vita istintiva e affettiva ha torto di misconoscere il campo intellettivo. L'uomo è uomo in quanto ha idee, e non solo per vita istintiva. D'altronde lo stesso Freud adotta dei sistemi in cui risulta evidente la partecipazione della legge di associazioni intellettive e quindi egli, benchè non lo riconosca, dimostra l'importanza che ha nella vita psichica il campo dell'intelligenza propriamente detta. E quanto al concetto di lotta interna, si deve osservare che non è stato creato da Freud, ma semplicemente ampliato, perchè era un dato di osservazione psicologica già diffuso il contrasto fra le tendenze istintive e i freni inibitori intellettivi.

Senza intellettualismo non si comprende la psichiatria; la legge di associazione presa a fondo del loro lavoro psicoanalitico è di vecchia conoscenza nostra. I freudiani hanno creato dei neologismi più che dei metodi nuovi. Il mio spirito di medico positivista si rifiuta di accettare queste interpretazioni della psicoanalisi, fedele

all'indirizzo della scuola italiana la quale dal Chiarugi in poi ha valorizzato tutti i principali metodi per lo studio del malato.

Ho veduto con piacere che la bella relazione del Weiss ha dato importanza al somatismo, temperando così l'unilateralità del Freud, leggendo il quale si resta scoraggiati perchè vi si sente la mancanza di una base organica.

In conclusione la psicoanalisi ha portato nella scienza psichiatrica un contributo sussidiario che resterà, ma essa si deve rincantucciare in un angolo come una piccola parte della semiologia psichiatrica ».

*
* *

Oltre i temi generali, furono svolte le seguenti interessanti comunicazioni:

CIARLA E. (Mombello) — *Su Costituzione e Individualità in Psichiatria.*

TREVES M. (Torino) — *Fondamento biologico per lo studio della costituzione.*

BONFIGLIO F. (Roma) — *Sull'istopatologia della demenza senile.*

» » » *La seroplasmosi ed il problema delle encefaliti « sperimentali » del coniglio.*

CANESTRINI S. (Trieste) — *Fisiologia del sistema nervoso centrale nella narcosi.*

GORTAN (Trieste) — *Tre casi di cisti dell'encefalo messe in rilievo coll'indagine encefalografica* (con proiezioni).

LICEN E. (Trieste) — *Sclerosi tuberosa e tumore cerebrale.*

MODENA G. (Ancona) — *Osservazioni sulla istopatologia della encefalite infettiva.*

SALMON A. (Firenze) — *Sul meccanismo dei movimenti automatici che seguono gli sforzi muscolari volontari.*

SAIZ G. (Trieste) — *Indagini radiologiche su cervelli di alienati* (con proiezioni).

LEVI-BIANCHINI M. (Teramo) — *Metodi e forme della terapia psicoanalitica.*

TREVES M. Torino) — *La psicanalisi nell'epilessia.*

BIANCHI V. (Napoli) — *Su di un caso di sudor sanguigno e di stigmate religiose.*

CORBERI G. (Mombello) — *Sulle repressioni mentali nell'età infantile e nell'età giovanile.*

DALMA G. (Cremona) — *Pressione del liquido cefalorachidiano negli epilettici.*

PELLACANI G. (Bologna) — *Ricerche refrattometriche nella demenza precoce e psicosi maniaco depressiva.*

SENISE T. (Napoli) — *Psicosi tabiche e taboparalisi.*

SALMON A. (Firenze) — *Le turbe psichiche mestruali.*

TREVES M. (Torino) — *Sulla formula sintomatologica del male (Dis,-ipo,-iper e para).*

VENTRA C. (Nocera Inferiore) — *Autonomia clinica e patogenesi vegeto-endocrino-emotiva della nevrosi traumatica.*

AVETA F. (Napoli) — *Sulla cura della paralisi progressiva con la iniezione malarica.*

PASTROVICH G. (Trieste) — *Le esperienze dell'Ospedale psichiatrico di Trieste con la malarioterapia della paralisi progressiva.*

AMALDI P. (Firenze) — *Come è nato e perchè e perchè cade in il nome «manicomio».*

FERRARI G. C. (Bologna) — *La Lega Italiana per l'Igiene mentale.*

MODENA G. (Ancona) — *Informazioni sull'ufficio di statistica delle malattie mentali.*

ZANON DAL BO L. (Treviso) — *Ospedali Provinciali di Osservazione e cura (in attesa della nuova Legge sui Manicomi ed Alienali).*

Interessanti ancora e molto vivaci le discussioni generali e di assistenza manicomiale, che si conclusero con l'acclamazione dei due seguenti ordini del giorno:

« Il Congresso della Società Freniatrica Italiana fa voti che la Società Freniatrica Italiana continui ad intensificare la sua azione di tutela e di elevazione della assistenza manicomiale ed in particolar modo rivolga in questo momento la più energica azione contro tutte le forme di assistenza privata ai malati di mente poveri, che giudica un deplorevole regresso sia dal punto di vista tecnico che umanitario, per quante siano le cautele che in essa assistenza privata si tenti porre » *(Baroncini, Modena, Truniato).*

« Il Congresso della Società Freniatrica Italiana riconosce e proclama l'assoluta necessità che tutti i malati poveri che si trovano nelle condizioni volute dalla legge siano ospedalizzati ed assistiti a carico delle amministrazioni provinciali, e cioè preferibilmente in istituti da loro costrutti ed amministrati, o in istituti dipendenti da quelle istituzioni di pubblica beneficenza dedicati all'assistenza dei malati di mente, che in Italia hanno gloriose tradizioni, e sono in condizioni di assicurare a questa categoria di infelici malati non solo le cure e l'assistenza, ma altresì permettono che sia loro risparmiato il distacco dalle loro relazioni familiari e dalle loro consuetudini materiali di vita » *(E. Morselli).*

Nel pomeriggio del 26 i congressisti visitarono l'Ospedale psichiatrico provinciale « Andrea di Sergio Galatti » di Trieste, ove furono cortesemente ricevuti da tutto il corpo sanitario, e dove ammirarono la splendida eleganza dei locali, la sistemazione sapiente dei servizii, l'impiego largo di tutti i mezzi più moderni di assistenza e di cura.

Negli stessi locali del Manicomio fu offerto ai congressisti un sontuoso vermouth da parte della Provincia.

Nella seduta serale venne nominato il nuovo Consiglio Direttivo della Società Freniatrica Italiana, che risulta così composto:

Morselli, *presidente;* Kobylinsky, *segretario;* Guicciardi, Baroncini, Modena, *vice presidenti;* D'Ormea, Cerletti, Cappelletti, Colucci, Donaggio, Pastrovich, Pini, Montesano, *consiglieri.*

I temi scelti per il prossimo congresso sono i seguenti:

I. Tensione endocranica e suoi rapporti con le malattie mentali e nervose. *(Relatori:* Boschi e Ayala).

II. Le alterazion della istotectonica corticale nelle malattie mentali *(Relatori:* Cerletti e Bonfiglio).

III. La capacità civile degl'infermi ed anomali di mente nella legislazione attuale e possibili riforme di questa *(Relatori:* Cappelletti e Bianchi).

Come sede del futuro Congresso, che si terrà nel 1927, è stata scelta Trento.

La terapia del virus malarico nella Par. Progr. al Congresso intern. della Malaria in Roma (ottobre 1925)

Prof. A. Marie — L'USO TERAPEUTICO DEL VIRUS MALARICO IN ALCUNE MALATTIE NERVOSE E MENTALI.

L. O. ricorda delle antichissime osservazioni riguardanti l'influenza delle malattie febbrili in certe malattie mentali e cita la tesi di Esquirol (1836) che una febbre inattesa avrebbe prodotto delle guarigioni di malattie mentali croniche.

Nel 1857 Baillarger presenta dei casi di P. G. guariti in seguito a eresipela o flemmoni suppurati con febbre. Dopo alcuni tentativi incerti, soltanto nel 1891 Wagner Von Jauregg esperimentò direttamente con le infezioni leuco-piretiche. Più tardi furono tentati la tubercolina, i latto-proteidi e il lievito di birra con qualche risultato favorevole, finchè Wagner stesso iniziò i suoi esperimenti con l'infezione malarica.

A tale scopo si iniettano da due a 5 cmc. di sangue di un malarico a gocce successive per evitare il coagulo e dopo 10 o 12 giorni apparisce la febbre sperimentale.

Le reazioni termiche presentano variazioni individuali, così pure il tipo del ritmo febbrile. La reazione viscerale è eccessiva negli epatorenali. Vanno anche sorvegliate le possibili reazioni come nei comuni soggetti malarici. I controlli ematici mostrano attenuazione della viscosità sanguigna e diminuzione del tasso emoglobinico, ipolinfocitosi e debole neutrofilia. Vi è predominanza dei polinucleari neutrofili. La leucocitosi persiste anche dopo la febbre.

Per quello che concerne l'ematozoario, sembra certo che il plasmodium vivax inoculato da uomo a uomo sia meno resistente che quello inoculato dall'anofele, e ciò a causa della mancanza o diminuzione progressiva dei gameti nel sangue umano.

Quando si è raggiunto il numero di accessi per interrompere il processo malarico si può scegliere fra la chinina e lo stovarsol. Il secondo avrebbe maggiore azione sui gameti. Dà in seguito importanti cenni storico-statistici; nell'insieme si tratta di migliaia di casi pubblicati o seguiti i quali provano, non la curabilità della paralisi generale, ma la sua possibile stabilizzazione sotto forma di remissioni permanenti e abbastanza nette da permettere riadattazioni sociali e familiari. Fra le controindicazioni sarebbero i casi avanzati, l'insufficienza funzionale troppo accentuata e l'età dei malati. Il numero degli accessi necessari alla cura sarebbe da 10 a 12.

Negli stati mentali si è visto il delirio attenuarsi e sparire, così pure le idee di persecuzione, la megalomania e l'ipocondria.

Si ha ricupero della memoria, fissazione dell'attenzione e risveglio dell'affettività. Riguardo al modo d'azione l'O. discute se agisca per l'ipertermia come vogliono molti autori e infatti l'ultramicroscopio mostra che a 40 gradi gli spirocheti rallentano i loro movimenti. Ma questa nozione non impedisce di tener conto che l'azione leucocitaria non sia intensa rispetto ai parassiti, e con essa si abbia un aumento dei prodotti di difesa.

La febbre tifoide con accompagnamento di leucopenia non influenza la P. G. D'altra parte l'iniezione di sostanze unicamente leucogene non avrebbe da sola nessuna influenza. Qualche autore ammette anche un vero antagonismo microbico ed un'azione elettiva sul tessuto nervoso e sui vasi. La proporzione relativa delle remissioni provocate varia secondo gli autori dal 30 al 50 per cento.

Sono stati fatti tentativi d'impiego di altre categorie di agenti febbrigeni, come lo spirillo di Dutton della febbre ricorrente e di applicazioni ad altre categorie di malati come ai sifilitici non alienati, ai sifilitici non paralitici ed agli alienati (almeno in apparenza) non ectodermici; e sembra che l'inoculazione determini l'orientazione della spirochete in senso dermotropico. Si avrebbe così una profilassi precoce della parasifilide. Nella encefalite letar-

gica è lecito esprimere dei dubbi sulla efficacia della malarioterapia. Nei vantaggi ottenuti nella cura dell'epilessia si deve tener conto del fatto che molti degli epilettici tardivi sono sifilitici. Lo stesso si può dire di altri tipi di alienati.

E' da tener presente in ogni caso che il momento per agire, e in cui si ha la maggiore probabilità di risultati, è all'inizio della malattia, ma quello che ci manca è appunto un criterio per la diagnosi precoce della P. G. incipiente ed imminente.

Muhlens ha constatato che i diversi tipi di malaria iniettati conservano il proprio tipo clinico e la relativa gravità. Sono stati fatti ad Amburgo varie centinaia di tentativi con circa il 50 per cento di risultati soddisfacenti; naturalmente sono stati scelti dei casi in cui la P. G. era già sviluppata.

Iames (Inghilterra) Nel suo paese si dà la preferenza alla inoculazione per mezzo delle zanzare che vengono conservate e messe a disposizione degli sperimentatori.

BIBLIOGRAFIE E RECENSIONI

Claude Henri — Les psychoses paranoïdes — *L'Encéphale* Anno 1925, N. 3.

Prendendo occasione da una ammalata, in cui la psicosi evolve nel servizio per ben venticinque anni, richiamando le diagnosi successivamente fatte, l'illustre clinico di Parigi tratta diffusamente delle Psicosi paranoidi. Egli tratta diffusamente gli stati di paranoia acuta e quindi gli stati opposti di deliri sistematizzati cronici, differenziandone i caratteri, specialmente gli stati allucinatori interpretativi verso uno stato demenziale. Studia diffusamente la concezione della demenza paranoide di Kraepelin nelle sue diverse edizioni, la parafrenia nelle sue diverse forme e le idee di Bleuler nelle schizofrenie; quindi esprime il suo concetto sugli stati sistematizzati cronici.

Egli li rapporta a due grandi gruppi nosografici, che chiama Psicosi paranoiche e Psicosi paranoidi: le prime non riconoscono forzatamente un terreno degenerativo, neanche i segni di una costituzione paranoica (orgoglio, falsità di giudizio, emotività, inadattabilità) si manifestano più o meno tipicamente.

Assegna a queste psicosi differenti forme, secondo il meccanismo patogenetico prevalente: il delirio di Magnan, il delirio allucinatorio. il delirio d'interpretazione, il delirio d'influenza, e infine le forme miste legate alla sindrome d'azione esterna. In quest'ultimo gruppo riunisce le forme cliniche caratterizzate dal predominio di certi sintomi: deliri dei perseguitati-persecutori, erotomaniaci, mistici. ambiziosi e politicanti.

Nel gruppo delle Psicosi paranoidi ammette due sottogruppi: la demenza paranoide ebefrenica, vera ebefrenia delirante, a tipo allucinatorio e interpretativo, evolvente con tutti i sintomi dell'indebolimento mentale ebefrenico; la psicosi paranoide schizofrenica che si manifesta per una attività delirante d'apparenza incoerente, mal sistematizzata, ma derivata da certi complessi affettivi. I sintomi demenziali sono qui al

minimum; in realtà si tratta di dissociazioni profonde della personalità dal tipo schizofrenico.

La diagnosi differenziale fra le due psicosi è stabilita da questa tavola:

Psicosi paranoiche	*Psicosi paranoidi*
Esagerazioni delle tendenze costituzionali.	Deformazione delle tendenze.
Amplificazione della personalità; niente segni di discordanza, contatto stretto col mondo esterno.	Disgregazione della personalità, segni di discordanza, perdita di contatto con la realtà.
Esagerazione dell'affettività (egocentrismo).	Alterazione dell'affettività, dissimulazione dell'egocentrismo.
Sviluppo logico in premesse false, sistemazione ferma su un piano di tendenze.	Sviluppo illogico e imperfetto, rilasciamento della sistematizzazione.
Frequenza della idea di grandezza, sentimento esagerato del pregiudizio subìto. Controllo individuale meglio conservato.	Idee di grandezza, senza convincimento fermo, indifferenza frequente riguardo a delle persecuzioni.
Messa in opera tardiva dei mezzi di difesa, ricorsi alle misure legali, sottoscrizione all'autorità.	Manifestazioni precoci di stati deliranti. Reazioni assurde. Internamento precoce in seguito ad atti rivelatori.
L'attività delirante può non manifestarsi esteriormente durante lunghi anni, permette un accomodamento molto facile col mezzo sociale.	Comportamento molto disturbato, non permette l' esistenza al di fuori degli asili.
Delirio coerente, poco espansivo. Memoria precisa, povertà dell'immaginazione.	Incoerenza ed espansività del delirio, false riconoscenze, assurdità dell'immaginazione, fabulazione incoerente ed estemporanea, povertà di mezzi giustificativi.
Attività intellettualmente intensa. Ingegnosità dei mezzi di difesa. Reticenza.	Nuovi e complessi deliranti non supponibili.
Fissità del sistema delirante. Affettività e reazioni emozionali vivaci stimolanti l'attività psichica.	Variabilità e polimorfismo delirante. Ottusione affettiva, perdita dell'attività intellettuale e pragmatica.

Possibilità di nuove acquisizioni e dello sviluppo intellettuale.	Acquisizioni antiche conservate: nulle le acquisizioni recenti.
I riflessi neuro-vegetativi sono vivaci.	I riflessi neuro-vegetativi sembrano il più spesso attenuati o nulli.

Nelle Psicosi paranoiche l'evoluzione non s'accompagna a stato demenziale, l'attività pragmatica è ben conservata, e alcuni di questi infermi possono vivere al di fuori, senza troppo manifestare la propria attività delirante. Nelle psicosi paranoidi, l'evoluzione è più o meno rapida, le reazioni antisociali sono frequenti e l'inadattabilità al mezzo sociale appare precocemente, spesso sottolineate da manifestazioni impulsive.

S. Tomasini

D'Ormea Antonio — L'OPERA DELLA DONNA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE MENTALI E NERVOSE — (Ediz. dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale) Roma, 1925.

Fu in origine un appello rivolto ad una eletta schiera di Donne Senesi, modificato ed ampliato per proposta del Prof. Ettore Levi, Direttore dell'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, per adattarlo all'opera che va svolgendo la nascente Lega per la profilassi e l'igiene mentale, acciocchè le donne italiane, alle quali mai invano s'invoca il delicato e prezioso per quanto efficace ausilio nelle varie opere di assistenza sociale, conoscano il compito loro in questo nuovo campo di propaganda educativa e profilattica.

L'A. premette alcune notizie storiche sull'assistenza ai folli, e fa risalire la possibilità e il dovere di curarli ed assisterli alla proclamazione dei principii dei diritti dell'uomo, fatta dalla rivoluzione francese, e a Napoleone, le cui falangi diffusero in Italia questi principii. Fu lo spirito innovatore della rivoluzione francese, dice l'A., che elevando tutti gl'individui alla dignità d'uomo, ha nello stesso tempo dato ai pazzi la dignità di malati. E' nella fine del XVIII. secolo e nel principio del XIX. che cominciò la cura di questi infermi, trattati prima con metodi carcerari. Esamina quindi la legge sui Manicomi del 1904

ed il Regolamento del 1909, e dice come in qualche parte è già superata dalle più recenti vedute scientifiche e giuridiche. Parla poi dell'immenso risveglio di organizzazioni benefiche in favore dei malati di mente, dei Patronati e dell' Assistenza omo-ed etero-familiare. Ora si vanno estendendo alle malattie mentali i principii di assistenza igienica e profilattica, che già tanto sviluppo benefico ha assunto negli altri campi della medicina sociale; principio che partito dall'America del Nord, si estese subito in Francia, in Inghilterra ed in altre Nazioni ed ora anche in Italia, con la creazione di Leghe per la profilassi delle Malattie nervose e mentali sorte già in molte città. Egli parla quindi dell'opera, che va svolgendo la Lega, riassume gli scopi e le attribuzioni di quelle che son chiamate Infermiere visitatrici, che dovrebbero insinuarsi nelle famiglie, nelle scuole e fare opera di propaganda per aiutare l'alienista nell'opera che questi deve svolgere nella società. E chiude la brillante conferenza invocando l'opera della donna in questa nobile assistenza profilattica.

S. Tomasini

Mahatma Gaudhi — GUIDA ALLA SALUTE ED ALTRI SAGGI MORALI E SOCIALI — (Ediz. dell'Istituto italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale) Roma 1925.

Per parlare sull'importanza del libro di quest'Indiano, che studia e lavora e pubblica in difesa della propria razza, ed è oggi così noto in tutta l'Europa, dove la sua parola di propaganda è ascoltata, non dovrei che riportare la prefazione allo stesso volumetto del Prof. Ettore Levi, Direttore dell'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

In essa son posti in rilievo i pregi ed i difetti del libro, ne sono accennate le giustificazioni, ne son posti in evidenza gli errori, specie dal punto di vista della medicina e della igiene, sicchè cautamente il Levi stesso dice che il libro è per le persone colte, le quali sanno distinguerli, ma non sempre lo sanno; ed è questo pericolo che non ci fa entusiasti del contenuto di esso. Ad ogni modo è importante per la

conoscenza che si ha dell'India, e nell'apprezzare come questo geniale uomo sappia far la guerra all'alcool, all'oppio, alla prostituzione ed a tutte le malattie sociali.

S. Tomasini

Bruni, Champy, Gley, Lugaro, Thorek e Voronoff — La funzione endocrina delle ghiandole sessuali — Conferenza tenuta ai RR. Istituti clinici di perfezionamento in Milano. Pubblicata a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese — Milano 1925.

Non è possibile fare un'analisi, come vorremmo e come meriterebbero, delle interessanti conferenze fatte da tanti valorosi scienziati, chiamati ad illustrare, dalla Consulenza scientifica dell'Istituto sieroterapico milanese, il grave problema, che oggi primeggia nella scienza e nella fisiopatologia, del valore endocrino delle ghiandole sessuali, le quali, oltre ad avere una funzione indispensabile per la specie, sembra che abbiano una funzione non meno importante, una funzione generale eccitatrice di tutto l'organismo.

Questi studi recenti hanno suscitato discussioni e speranze: da ciò l'importanza del libro.

Il Prof. Christian Champy, della facoltà medica di Parigi, si intrattiene nella sua conferenza dei Caratteri sessuali, loro determinismo e loro biologia.

Il Prof. Eugène Gley, del Collegio di Francia, parla delle Leggi d'azioni delle secrezioni interne basate su ricerche intorno alle condizioni fisiologiche determinanti i caratteri sessuali secondari.

Il Prof. Angelo Cesare Bruni di Milano studia le Basi anatomiche delle correlazioni ovariche.

Il Prof. Sergio Voronoff, del Collegio di Francia, fa un dettagliato studio sulla vecchiaia e sul ringiovanimento dovuto all'innesto, riferendo tutte le esperienze fatte sugli animali ed i casi clinici da lui sottoposti all'innesto testicolare.

Anche il Dott. Max Thorek, dell'Ospedale di Chicago, riferisce sugli Aspetti clinici di endocrinologia dei testicoli.

Ma quella che più importa a noi alienisti è la bella Conferenza del Prof. Ernesto Lugaro di Torino su le Correlazioni fra la psiche e le glandule sessuali.

Egli accenna, dapprima, allo sviluppo psico-sessuale, al differenziamento psico-sessuale nei bambini, all'azione ormonica prepuberale, al differenziamento e alla predeterminazione del sesso, ai cambiamenti psichici che sopravvengono nella pubertà; indi parla delle differenze individuali e della bisessualità nervosa, per arrivare al periodo dell'involuzione sessuale e agli effetti psichici della castrazione. S'intrattiene poi del genio come carattere psico-sessuale.

Tratta indi delle psicosi e secrezioni interne sessuali, degl'infantilismi, dei puerilismi psichici acquisiti. Tra le psicosi della pubertà accenna alla demenza precoce. Si occupa poi delle psicosi della menopausa. Accenna ancora agli eccessi e difetti di libido, agli eccessi sessuali e all'astinenza come causa patogena. Discute, poi, sull'omosessualità, sull'ermafroditismo vero e sul pseudo-ermafroditismo, sull'inversione sessuale psichica pura, sulla precocità aberrante di sviluppo sessuale e sull'inversione come pervertimento acquisito. Tratta, infine, delle applicazioni terapeutiche, della castrazione, degli innesti e dell'opoterapia.

Tutto il libro dimostra il grande sviluppo scientifico che ha preso l'argomento della funzione endocrina delle ghiandole sessuali; e chi vuol tenersi al corrente delle esperienze fatte, dei risultati ottenuti, delle leggi biologiche che ne son derivate, delle relazioni intime esistenti con i casi patologici e con la terapia, non può fare a meno di consultare l'importante pubblicazione del tanto benemerito Istituto sieroterapico milanese, e dar il meritato plauso all'illustre prof. Belfanti che lo dirige.

S. Tomasini

Ivo Geikie Cobb — GLI ORGANI A SECREZIONE INTERNA, LE LORO ALTERAZIONI E APPLICAZIONI TERAPEUTICHE — *Studio dedicato ai medici pratici, presentato ai medici italiani ed agli studenti dai Proff.* S. Belfanti e F. Valagussa — Pubblicato per cura dell' Istituto Sieroterapico Milanese, pag. 286, L. 15.

Il volume che i Proff. Belfanti e Valagussa presentano al pubblico medico è la seconda edizione italiana, ampliata in base alla terza edizione inglese, di un libro che è già favorevolmente noto nei nostri ambienti.

L' Istituto Sieroterapico Milanese, che da anni persegue lo svolgersi della endocrinologia ha creduto di fare opera utile diffondendo fra i medici italiani questo volume, i cui pregi di chiarezza e di praticità sono universalmente riconosciuti.

I traduttori hanno aggiunto brevi note sul capitolo delle paratiroidi, mettendo in luce alcuni fatti, ormai acquisiti alla scienza per opera specialmente di ricercatori italiani.

L'A. si è preoccupato di mettere in evidenza non solo le grandi sindromi delle disfunzioni endocrine, ma ha voluto attirare l'attenzione del medico sui piccoli sintomi rivelatori delle perturbazioni di minor entità di una o più ghiandole.

Questa edizione porta un capitolo introduttivo sulla fisiologia delle secrezioni interne e sulle loro correlazioni, vengono in seguito i capitoli sulla tiroide e sugli stati di disfunzione tiroidea, e paratiroidea. Sono trattati più avanti il corpo pituitario, le ghiandole surrenali, il pancreas, gli organi sessuali. Sono poi studiate le secrezioni interne nella digestione e nei disturbi nervosi, ed un capitolo è dedicato alla questione del rapporto delle secrezioni interne col sistema nervoso.

Le applicazioni terapeutiche degli ormoni, che tanto interesse hanno per il medico pratico, sono riassunte in un apposito capitolo e sono seguite da uno schema generale di organoterapia.

Il libro è scritto in forma piana e facile e si legge senza fatica.

Crediamo che il volume non dovrebbe mancare nella biblioteca di quei colleghi che si interessano al movimento scientifico e pratico di questa vasta branca della medicina.

NOTIZIE

L'Istituto di Medicina Sociale a Napoli nell' organizzazione definitiva dell' Asilo Tropeano di Marechiaro

L'Opera di Marechiaro vuole essere un Centro di assistenza igienico-sanitaria e previdenza sociale nel campo particolarissimo della fanciullezza e dell'adolescenza abbandonata; ciò che rappresenta quanto di più urgente sia richiesto in tema di medicina preventiva e di profilassi pubblica.

Per combattere seriamente la delinquenza — in tutte le sue forme — non la delinquenza minorile soltanto; per combattere la precoce corruzione e quindi le diffuse infinite corruzioni di tutte le età e di ambo i sessi; per combattere la tubercolosi, l'alcoolismo, la sifilide, la prostituzione, il mal costume, il furto, il giuoco, il fumo, la mendicità, il vandalismo, il sudiciume, il turpiloquio, nei piccoli e nei grandi; le tante degenerazioni collettive di alcune classi urbane; la straripante deficienza fisica e psichica non dei minorenni soltanto e le epidemie persistenti e tutti i malanni morali e sociali che deturpano il nostro paese e ne insidiano e ne arrestano il suo sviluppo economico e civile, bisogna indirizzare ogni sforzo di pensiero, di sentimento, di opera, di scienza, di legge, di amministrazione, di governo, nel campo dell'assistenza e previdenza della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza, dell'adolescenza.

La logica, l'esperienza, l'economia, la storia impongono tale indirizzo.

L'Opera di Marechiaro vuole portare un contributo a tale indirizzo: vuole costituire un esempio; vuole essere ragione di stimolo e di emulazione per tutte le istituzioni congeneri, che non vogliono fossilizzarsi in vecchi concetti di carità e di beneficenza, ma vogliono essere palestre di vera redenzione biologica e sociale; palestre di studi profondi e conclusioni pratiche, riuscendo così, con la loro azione, non solo a direttamente assistere i ricoverati ma ad infiltrare — fagocitare — la Famiglia, la Casa, la Scuola, l'Opificio, tutti gli ambienti della vita reale,

le collettività tutte, la Società intera, disseminando ovunque il buon seme, il caldo lievito, il magnifico fermento della Sanità fisica e psichica, dell'educazione civile, dell'equilibrio sociale.

Vuole essere l'Opera di Marechiaro una grande clinica sociale — in cui lo studio della Fisiologia, della Patologia, della Profilassi e della Terapia Sociale, con un materiale umano così vasto e così prezioso — quale può offrire una grande collettività di fanciulli abbandonati raccolti in un villaggio organizzato con specifiche finalità di assistenza e previdenza, educazione e cultura — non sia fine a sè stesso ma mezzo per la immensa terapia, profilassi e civilizzazione nazionale.

Clinica in cui la libera campagna, il mare infinito, la squisita ed ampia organizzazione umana del lavoro, siano il principalissimo rimedio per tutte le forme morbose riscontrate e riscontrabili nei fanciulli e negli adolescenti di ambo i sessi.

Perchè ostinarsi soltanto nella creazione di prigioni, di manicomi, di ospedali e sanatori per adulti, che costano miliardi con scarsi risultati e non orientarsi decisamente nella creazione di Istituti di tal genere che costano pochi milioni con risultati fantastici?

Quale dotazione da parte di un accorto Governo potrebbe essere più produttiva, scientificamente e praticamente di quella destinata allo studio ed alla redenzione della infanzia, fanciullezza ed adolescenza?

L'Opera di Marechiaro vuole essere un vero Istituto di Biologia umana oltre che di Medicina Sociale, per ricerche scientifiche, sperimenti sociali e conclusioni pratiche, nello intento di orientarë diversamente le innumerevoli opere di beneficenza, ben coordinando tutte le esigenze del *cuore*, con le esigenze del *cervello;* abinando alla finalità *umana,* la finalità *scientifica* — poichè guarda l'una al *presente* e l'altra guarda all'*avvenire;* onde trionfasse in tal campo il nobile *sentimento del bene,* la luminosa *ragione del bene.*

Il presidente fondatore dell'Opera, prof. Giuseppe Tropeano, ha trasmesso all'autorità ed ha licenziato alla stampa la Relazione ultima pel funzionamento dell'Asilo. Essa contiene anche il preciso programma sullo sviluppo ulteriore dell'Ente. Ciò che costituisce il progetto definitivo di una vasta e completa organizzazione dell'Ente medesimo, prendendo il sottotitolo di Istituto di Medicina Sociale, a confermare l'in-

dirizzo ed il processo rigidamente tecnico-scientifico di ogni sezione dell'Opera, secondo i saldi inamovibili propositi e concetti biologici, che hanno informato costantemente l'ardua impresa del prof. Tropeano.

L'Istituto, adunque, viene disposto in due grandi divisioni, ciascuna delle quali costituita da dieci sezioni. Le dieci sezioni della prima divisione sono tutte avviate al loro funzionamento, sebbene non tutte ancora in piena efficienza. Esse sono:

1. *Ordinamento dell' Opera, uffici amministrativi, servizi generali;*
2. *Scuole elementari municipalizzate, scuola autonoma di educazione fisica;*
3. *Colonia marina* « A. Lutrario »;
4. *Colonia agricola* C. A. S. U.;
5. *Internato e scuola di tessitura* « D. Ascarelli »;
6. *Internato e scuola di elettromeccanica* « Banco di Napoli »:
7. *Internato e scuola di marina e pesca* « V. Menzinger »;
8. *Scuola di musica, canto corale e recitazione con Cinema-teatro;*
9. *Scuola di archeologia per gli scavi; la conservazione e la custodia dei ruderi greco romani in asilo;*
10. *Ambulatorio ed infermeria.*

Le dieci sezioni della seconda divisione saranno impiantate in un tempo che non deve immaginarsi molto lungo, quando si pensi che la prima pietra di quest'Opera veniva posta nel maggio 1919 e il funzionamento delle primissime sezioni veniva inaugurato il 5 dicembre 1920.

Questa seconda divisione sarà, dunque, così costituita:

11. *Scuola di igiene: gabinetti scientifici psico-tecnici, sperimentalismo sociale, archivio storico, biblioteca;*
12. *Corsi integrativi, classi differenziali;*
13. *Internato e scuola per deficienti;*
14. *Internato femminile con scuola pratica di economia domestica ed assistenza all' infanzia;*
15. *Internato e scuola per le industrie grafiche;*
16. *Internato e scuola per le belle arti;*
17. *Scuola di zootecnia ed apicoltura;*
18. *La nave: gestione di servizi marittimi da S. Lucia al Capo Posillipo;*

19. *La bottega dei redenti: centro cittadino per lo smercio dei prodotti dell'Asilo;*

20. *Casa matrice: pensione per i dimessi dell' Asilo collocati negli opifici cittadini.*

Ora l'Istituto, il cui valore è già di circa sei milioni, dispone di oltre 40mila metri quadrati di suolo — il cannevaccio su cui si va ricamando l'Opera — annessi al mare, ad una piccola ridentissima baia, con spiaggia e porticino di esclusiva proprietà dell'Ente, come tutti i suoli indicati. Esistono già dodici padiglioni di cui alcuni, in muratura, sontuosi, ed altri in legno ed eternit.

Nell'anno 1926 saranno sicuramente costruiti altri dodici padiglioni, pel valore complessivo di due milioni, essendo già in conclusione le pratiche per l'inizio dei lavori. Fra questi padiglioni, l'edificio scolastico municipale per 600 allievi, e i padiglioni sul mare pel definitivo impianto della Colonia Marina permanente per 150 posti-letto, oggi ancora allogata nei cennati padiglioni di legno ed eternit.

E con tali lavori sarà completata assolutamente la prima divisione dell'Opera, mentre il prof. Tropeano studia i progetti tecnici e finanziari per la seconda divisione, alla quale si potrà porre mano nel 1927, se — come si spera ardentemente — i buoni eventi continueranno a favorire il trionfo della sua fede.

La Nuova Commissione per la riforma della Legge e Regolamento sui Manicomi e gli Alienati.

Il Ministro Segretario di Stato per gli Affari dell'Interno

Visto il precedente decreto del Ministro dell'Interno, Presidente del Consiglio dei Ministri, in data 26 Dicembre 1921, modificato con successivi provvedimenti, con cui fu nominata una Commissione presieduta dall'On. Cav. di Gr. Cr. Adolfo Berio, Senatore del Regno, con l'incarico di esaminare se e quali modificazioni fosse il caso di apportare alla legge 14 Febbraio 1904, N. 36, sui manicomi e sugli alienati e al relativo regolamento;

Visti la relazione e il progetto presentati da detta Commissione per la riforma della citata legge 14 Febbraio 1904, N. 36;

Ritenuta l'opportunità di aderire ai voti espressi dalle Amministrazioni interessate affinchè il progetto suaccennato sia ripreso in esame, specialmente dal punto di vista delle ripercussioni finanziarie, che l'attuazione di esso potrebbe avere nei riguardi delle Amministrazioni suddette, e di nominare, perciò, una nuova commissione con l'incarico di studiare particolarmente, in rapporto al progetto stesso, se e con quali modalità sia possibile conciliare le moderne esigenze dell'Assistenza manicomiale con le presenti condizioni finanziarie delle Provincie;

Decreta: E' nominata per lo scopo anzidetto una speciale Commissione costituita nel modo seguente:

Serra Caracciolo Gr. Uff. Dr. Vittorio, Direttore Generale dell'Amministrazione Civile nel Ministero dell'Interno;

Fabbri Comm. Avv. Sileno, Presidente della Deputazione Provinciale di Milano;

Beer Comm. Avv. Guido, Prefetto del Regno;

Baroncini Prof. Luigi, Direttore del Manicomio Provinciale di Imola.

Basile Comm. Dr. Gaetano, Vice Direttore Generale della Sanità Pubblica nel Ministero dell'Interno;

Ciofi Degli Atti Conte Dott. Comm. Alessandro, Direttore Capo Divisione nel Ministero dell'Interno;

Socini Cav. Uff. Ing. Livio, Rettore della Società di Esecutori di pie disposizioni in Siena.

Fungerà da Segretario il Comm. Dott. Mario Montecchi, Capo Sezione nel Ministero dell'Interno, e, in caso di impedimento, il Cav. Dr. Florindo Giammichele, primo Segretario nello stesso Ministero.

Il presente decreto sarà registrato alla Corte dei Conti.

Roma, addì 25 Luglio 1925.

Il Ministro
f.to FEDERZONI

Questa Commissione si è riunita il 22 Ottobre u. s. I signori Commissari si sono imposti un assoluto riserbo, che non si comprende in materia assolutamente tecnica. Si dice che il progetto di legge già proposto, fu discusso nuovamente nelle sue linee fondamentali, e riportato allo studio di una definitiva redazione.

Però il Comm. Sileno Fabbri, presidente della Deputazione Provinciale di Milano, e componente la Commissione di cui sopra, in una visita al Manicomio di Mombello, ha detto che il principio della profilassi mentale domina l'indirizzo della Commissione, ma che pur troppo si frappongono enormi ostacoli di natura finanziaria. Tuttavia ha dichiarato che egli sosterrà la tesi, e poichè trattasi di un grande interesse nazionale, cui le forze delle provincie sono impari, crede che dovrà lo Stato assumersi il peso della profilassi delle malattie mentali.

Noi auguriamo che possa venir fuori una legge ed un regolamento consoni ai progressi della Psichiatria, anche come funzione sociale.

***

L' Associazione fra i Medici dei Manicomi pubblici italiani comunica:

Imola, li 4 Settembre 1925.

In seguito all' esito del *referendum* indetto nell'aprile dello scorso anno, la nostra Associazione, come fu a suo tempo comunicato, entrò a far parte della Corporazione Nazionale Sanitaria come Sindacato Nazionale dei Medici Manicomiali.

Per tale passaggio si sarebbe dovuto senz' altro procedere alla nomina di un nuovo Consiglio Direttivo informato ai criteri del nuovo organismo sindacale.

Ma non essendosi ritenuto possibile convocare un Congresso a breve distanza di tempo da quello di Siena al solo scopo di eleggere il Consiglio e d'altra parte non essendosi giudicato opportuno, per ovvie ragioni, procedere a tale elezione per *referendum*, la Corporazione Nazionale Sanitaria, che a norma dei suoi ordinamenti, per riconoscere l'Associazione come Sindacato, non poteva fare a meno di un rappresentante nostro, scelto secondo il nuovo indirizzo, dovette necessaria-

mente nominare essa il Segretario del costituendo Sindacato, che designò nella persona del Dottor Oliviero Pini del Manicomio di Firenze, il quale già faceva parte del Direttorio della Corporazione Sanitaria e che si era anche occupato, come fu reso noto a suo tempo, del passaggio dell'Associazione ai Sindacati.

E da allora ad oggi sono coesistiti e il Consiglio Direttivo della Associazione eletto a Siena e il Segretario nominato dalla Corporazione, che insieme hanno retto il nostro Sodalizio.

Ma questa duplicità di poteri determinata dalle circostanze, per quanto le persone ad esse preposte abbiano sempre proceduto in perfetto accordo, non poteva che paralizzare l'attività dell'Associazione e far sentire a noi ogni giorno più, e l'anormalità della situazione e la necessità di un definitivo ordinamento.

Tuttavia non ritenendosi ancora possibile la convocazione immediata di un Congresso, specie per la necessità di un'adeguata preparazione, nelle attuali condizioni di scarso affiatamento tra i soci, e d'altra parte imponendosi ora come urgenti le dimissioni dei membri ancora in carica del Consiglio Direttivo per il fatto di non costituire essi più, per dimissioni recenti, la maggioranza in confronto al numero che il Regolamento contempla per i componenti il Consiglio stesso, si è stabilito che i sottoscritti membri ancora in carica rassegnino, come fanno, le proprie dimissioni, ma nello stesso tempo affidino la direzione provvisoria del Sindacato al Segretario di esso, Dottor Oliviero Pini, che dichiara di assumerla con l'intesa che il Dott. Luigi Baroncini continuerà a far parte della Commissione per la riforma della Legge sui Manicomi.

Il Dott. Pini poi si impegna di prendere accordi coi colleghi per riorganizzare il nostro sodalizio sulla base del nuovo indirizzo sindacale e per procedere quanto prima sia possibile all'elezione del nuovo Consiglio al fine di ridare al sodalizio stesso tutta la sua efficienza per la difesa degli interessi della classe e per l'elevazione dell'assistenza manicomiale.

In conseguenza di tutto ciò la sede dell'Associazione da oggi é trasferita a Firenze (Manicomio di San Salvi) presso il Dott. Oliviero

Pini, al quale dovrà far capo qualsiasi pratica riguardante l'Associazione stessa.

Con cordiali saluti.

Il Segretario del Sindacato
Dott. Oliviero Pini

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione
Dott. Lodovico Figna - Presidente
Dott. Luigi Baroncini - Consigliere
Dott. Giuseppe Vidoni - Consigliere

* * *

Relazione per il concorso universitario della Clinica delle malattie nervose e mentali di Bari.

Per questo concorso non vi fu terna della Facoltà, per cui tutti gli 11 concorrenti sono stati giudicati dalla Commissione, composta dai Professori Eugenio Tanzi, Giovanni Mingazzini e Onofrio Fragnito.

La Commissione non ha classificato i concorrenti e non ha fatto neanche una terna. Con due soli voti ha proposto il candidato Ugo Cerletti. Il Commissario Mingazzini ha fatto una controrelazione per sostenere da solo il candidato Gioacchino Fumarola.

I concorrenti erano: Ayala, Artom, Biondi, Boschi, Buscaino, Cerletti, D'Antona, De Lisi, Fumarola, Pighini, Zalla.

Donazione

Il Prof. Cesare Colucci, ordinario di Psicologia sperimentale presso l'Università di Napoli, ha donato alla detta Università L. 17.000 quale fondo per l'incremento degli studi psicologici.

La fondazione « Leonardo Bianchi » eretta in Ente morale

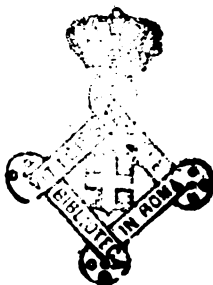
Recentemente è stata, con decreto ministeriale, eretta in Ente morale la fondazione « Leonardo Bianchi », istituita presso l'Università di

Napoli e destinata a conferire, ogni biennio un premio alla migliore pubblicazione in neuropsicopatologia.

Il capitale di detta fondazione è costituito dalla somma di L. 40.000, raccolta per sottoscrizione nazionale nella ricorrenza del collocamento a riposo del prof. Bianchi, e investita in una cartella di rendita al 5 °|o il cui reddito annuo costituisce l'ammontare del premio.

Il primo concorso sarà bandito trascorso un anno dal decreto di cui sopra.

Necrologia

Condoglianze vivissime al Prof. Tommaso Senise del Manicomio Provinciale di Napoli, Direttore degl'importanti periodici « Il Cervello » e lo « Studium » per la perdita improvvisa del Padre suo, mentre egli era lontano dalla famiglia, partecipando ai lavori del Congresso della Società Freniatrica in Trieste.

INDICE DELL'ANNATA 1925

Lavori originali:

Bibliografie e recensioni:

Si sono pubblicati:

A cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese — 1925

LA FUNZIONE ENDOCRINA DELLE GHIANDOLE SESSUALI

Conferenze tenute ai RR. Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese dai Proff. BRUNI, CHAMPY, GLEY, LUGARO, THOREK E VORONOFF

Biblioteca di scienze moderne — Fratelli Bocca Edit. — Torino

N. 85

CESARE LOMBROSO

L'Uomo delinquente in rapporto all'Antropologia, alla Giurisprudenza ed alle Discipline carcerarie

Riduzione di Gina Lombroso sull'ultima ediz. 1897 - 1900

Torino 1924

Gli AA. e le Case editrici che inviano in dono al Giornale « IL MANICOMIO » copia delle loro opere, oltre ad un cenno bibliografico, avranno l'annuncio in copertina.

Anno XXXIX. Gennaio-Aprile 1926 N. 1.

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

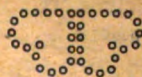
Organo dell' Ospedale Psichiatrico Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

Conto corrente con posta

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1926

„ **IL MANICOMIO** „ **Giornale di Psichiatria e Scienze affini,** esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10.**

» l'Estero . . . » **40**, » » » » **15.**

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**

Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 1.

Lavori Originali:

Bibliografia.

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo dell' Ospedale Psichiatrico Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXIX — 1926

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1926

Ciarlatanerie ed Occultismo
nella Medicina e nella Vita
Conferenza (1) del Dr. Prof. FRANCESCO DEL GRECO

I.

Il ciarlatanesimo

Signori!

F r a n c e s c o D e S a r l o, in un discorso alla Biblioteca Filosofica di Firenze (2), lamenta, quanta poca serietà dimostrino i presenti e giovani studiosi italiani di Filosofia: formule, più o meno vacue di contenuto, prive degli indispensabili sussidii di cognizioni e di abitudini mentali scientifiche; gli scritti dei massimi pensatori, ridotti in pillole, sotto forma di manualetti, adatti per qualsiasi meno preparata intelligenza; un sentenziare, altezzoso e dogmatico, lungi da ogni critica e prudenza, in materia, dove la critica e la prudenza sono inalienabili condizioni — Tutto ciò non sembra allo illustre autore il mezzo più opportuno per tenere alto il valore degli studi filosofici in un paese, come l'Italia, dove una coltura di simil genere mai fu troppo ammirata.

Dilettantismo, come si vede! Esso investe, non la Filosofia soltanto, ma tutte le espressioni intellettuali nostre, sia la Scienza,

---

(1) All'Università Popolare dell'Aquila — Febbraio 1926.

(2) F. De Sarlo — *Il discredito della Filosofia* Estr. dalla « Rivista di Filosofia » Luglio-Settembre 1925.

sia l'Arte, o la Tecnica più diversa — Il lavoro della intelligenza, per rendersi proficuo, fecondo, deve essere austero, raccolto, dal fine diritto e saldo. Vi è un « ascetismo » della Scienza, dell'Arte, rifuggente da utili pecuniarii immediati, tra lunghe vigilie ed attese e tenace immoto volere.

Oggi, la vita preme noi, con bisogni accumulati, assillanti, che urgono: vi è, poi, brama di godere. Non si ha rivolto l'animo, lo sguardo, al Laboratorio scientifico, nascosto, solitario, alla Biblioteca silenziosa; ma da noi s'indugia fra le folle variopinte, in mezzo al gran pubblico, che plaude, esalta, ammira od impreca.

E specialmente in Medicina, si osserva bene una tal cosa — I Medici scopritori rampollano da ogni parte: stampano notizie da sbalordire nei giornali politici: le Fabbriche di prodotti chimici lanciano sul mercato, ogni giorno, preparati sempre nuovi. Lung i muri delle vie si distendono manifesti, celebranti il sapere una infinità di professori insigni: turiferarii, in moto, per le strade, nelle botteghe, per le stazioni ferroviarie, sequestrano quel disgraziato essere, il quale dicesi « cliente ». E costui, tratto, come un povero cane alla catena, per le gradinate dai molli tappeti; lo sguardo errante dentro sale, colme di misteriosi lucidi ordegni; mira, là, in fondo: vi è un uscio, lungamente chiuso. E' l'entrata al *sancta sanctorum* — Egli attende, attende — Infine l'uscio si apre. Eccolo, davanti, il sapiente od il *mago*, come vorrete nomarlo.

Magia e medicina sono nate assieme — Ed ogni medico pratico ha un poco, od assai, del mago.

Già è costretto a dare risposte, definitive e certe, sovra una moltitudine di questioni particolarissime, inaccessibili alla Scienza — La Scienza può dire qualche cosa su questioni, che hanno una certa nota di « universale »; il medico pratico, dallo *universale*, dal *generale*, uopo è discenda al *caso singolo*, a quisquiglie infinite — Con la Scienza vi è il soccorso della « pratica » invero; vi è lo empirismo; e poi, la magia, o la impostura in fine.

L'uomo è fatto così — Non sorridiamo degli impostori e dei ciarlatani — La ciarlataneria è faccenda seriissima. Menare per il naso i propri simili; far sorgere in essi fede, credenza intorno a ciò che si dice; ispirare fiducia massima nelle proprie attitudini; è magistero difficile, degno di considerazione grande.

La mentalità umana, specialmente quella, non dell'uomo isolato, ma dell'uomo in folla (e la folla crea le reputazioni, il successo clamoroso); una simile mentalità è mitologica: vale a dire, trasfigura uomini ed avvenimenti, li esalta, li moltiplica, li veste dei colori più fulgidi; suscita negli animi la speranza! Ovvero deforma, perverte, precipita in fondo, nel baratro della repulsione e di ogni discredito, chi mal seppe governarla.

* * *

Il ciarlatano! — Quando eravamo bambini (noi vecchi), per le piazze, sentivamo un tintinnio di campanelli, ed ecco, apparire un carrozzone lucido dai cavalli bardati con nastri e piume e sonagli: uno squillo di tromba. E, lì, diritto un uomo, alto, pomposamente vestito ricco di decorazioni — Era un cavadenti, uno che spacciava bottigliette con dentro liquidi dai graziosi colori: liquidi innocui per verità, benchè presentati, quali rimedî infallibili contro il mal di capo, le scottature, le punture delle vespe, le ferite degli scorpioni.

Si leggono nelle Istorie di ciarlatani celeberrimi — Vi era, nella prima metà dell'800, in Toscana, un ciarlatano nomato Trentuno, il quale, inforcando un placido corsiero, percorreva le fiere; e tirava i denti al malato, così dall'alto, senza scomporsi (1).

Se mal non ricordo, capitò ad un vecchio Professore di Università, aggirantesi tra la folla, di vedere un ciarlatano abilissimo, con una biscia attorcigliata alle braccia. Si accostò ancora più. —

(1) A. Corsini — *Medici Ciarlatani e Ciarlatani Medici* — Bologna, Zanichelli ed.

« Mi sembra di conoscerlo », pensava — E l'altro, l'uomo dalla biscia, riconobbe lui; gli si fece, umile, rispettosissimo, dappresso. Era un antico suo discepolo, un medico laureato, che, stanco di lottare con la fame, si messe a fare il cavadenti per le strade.

Le leggi sanitarie non permettono che un ciarlatano faccia da medico; bensì che un medico diventi così, per avventura, un po' ciarlatano.

II.

Una figura antropologico - sociale

Ma guardiamo con maggior cura questa figura antropologico-sociale.

Prima di tutto, egli deve avere un sembiante gradevole, imponente: vantaggiosa statura, ampio torace, stentorea e resistente la voce — E vi sono o (per meglio dire) vi erano ciarlatani, più composti, più eleganti, che lavoravano nei salotti. Rivolgevano co plimenti alle signore con inflessioni di voce e gesti da istri Uopo è fossero di spirito, pronto, agilissimo: la loro frase dov essere arguta, vivace, doveva impressionare chi ascoltava — Queg uomini non si smarriscono mai per qualsiasi disgrazia, o difficoltà od obiezione. Si buttano nei discorsi, ora da un lato, ora da un altro, senza star fermi in un argomento solo, fra scoppiettii e trovate; sì che stordiscono, disorientano la vittima, capitata innanzi ad essi. Simili ai serpenti pitoni (di cui racconta Rudyard Kipling), che, nelle foreste dell'India, si abbandonano a contorcimenti, come se danzassero, fissando una disgraziata scimmia. Questa, vinta dal fascino di quello sguardo e di quelle ondulazioni, termina con il cadere a tiro della bocca vorace.

Per verità i comuni ciarlatani, in Medicina, sono ben lungi dai pitoni delle iungle indiane: gente innocua, dopo tutto, che fa il meno male possibile. Ad essi importa vendere la loro medela e vivere così — Ne ridiamo e molto, perchè sono innocui — Non rideremmo di altri loro confratelli, del mercante abilissimo che ti appioppa un « genere » pessimo ad alto prezzo, del lestofante che

ti prende nel giro di una cambiale inesorabile. Costoro simulano affetti, cordialità, interessamento per la vittima designata e dissimulano l'intimo proposito. Nei loro volti vi è un misto di espansivo, di cortese, e di mal celata durezza; di marmoreo od aggressivo, che guizza nello sguardo ipocrita. La loro voce è poco gradevole, quantunque, talora, dalle esaltazioni drammatiche (le donne in ciò hanno la palma) — Che moltitudine di figure, con alcunchè di artistico, di seducente, e molto del criminale!

***

Si è scritto tanto intorno al celebre Conte di Cagliostro (1) — Il suo vero nome era quello di Giuseppe Balsamo: nacque in Sicilia e visse alla fine del 700. Giovanetto, commise una moltitudine di piccoli e notevoli reati: truffe, furti, ed imprese di tal genere — Presto andò in giro per il vasto mondo e divenne rinomatissimo: 'la figura aitante, la chioma leonina; ora imponente, ora carezzevole. Si spacciava per medico, per alchimista, che trasformava i metalli ordinarii in oro ed ingrandiva i diamanti. Era prodigo, generosissimo con i poveri. In folla correvano a lui, circondavano la sua casa. Viaggiava, assistito dalla moglie, una piacente e non sempre accorta donnetta — Si invescò in una infinità di piccoli e grandi imbrogli e di losche faccende, riuscite non sempre bene per lui. Passò grossi guai, quando si vide costretto a rivolgere le sue cure in prò di qualche insigne personaggio, malato sul serio.

Faceva credere di venire dalla lontana Arabia; ed insinuava di essere vissuto in tempi lontanissimi, che i suoi occhi avessero contemplato l'egizia Tebe dalle cento porte, Gesù Cristo sul Calvario, Maometto profetante. L'impostore si trasformava in mago.

Si cacciò dentro ad una rete di associazioni segrete (vero sottosuolo, minante la società di allora), dall'Inghilterra alla Francia, in

(1) Vedi, fra gli altri autori, sull'argomento: E. Petraccone — *Cagliostro* — Remo Sandron ed. M. Haven — *Le Maitre Inconnu: Cagliostro* — Dorbon Ainé ed. Paris.

Germania, in Russia. Fu presentato alla Imperatrice Caterina II — Illuminista ed evocatore di fantasmi; enunciatore di profezie (e qualcuna si avverò); finì con aver reputazione di cospiratore politico temibilissimo, di eretico, di apostolo di una nuova religione! Male avventurata fama, trucco e sue illusioni in gran' parte, che a Roma lo trassero in un processo disastrosissimo. Morì a cinquantadue anni, in un carcere pontificio, folle o quasi, per ciò che fu detto.

Figura complessa di anormale psichico, di delinquente, di lestofante, di divinatore o medium.

Di simil natura sono i ciarlatani tipici. Il medico-psicologo dovrebbe studiarli e bene.

III.

La magia

Ho pronunciato più volte il vocabolo: *Mago*. Che cosa è Magia?

La Magia è pratica, credenza antichissima. E' l'arte di influire sulle *forze misteriose di Natura allo scopo di servirsene, di volgerle all'utile ovvero al danno di qualcuno* (1).

Per il selvaggio, per l'individuo inculto, la realtà non è appresa, come un succedersi di cose e di avvenimenti, legati da uniformità, da «leggi» sue proprie, che la Scienza indaga, penetra.

E' noto, che, per l'uomo colto e civile, il *crescere di una pianta* (ad esempio), il *vivere di un animale*, se lo si voglia conoscere, debba essere indagato con metodica osservazione; ed al lume di Scienze, quali la Fisica, la Chimica, l'Anatomia, la Fisiologia, ecc. Queste Scienze, applicate allo studio della pianta o dell'animale, danno a noi il mezzo di *prevedere*, che, dopo uno *stadio* dell'essere vivente, *ne seguirà un altro bene definito;* che ogni stadio

(1) I. Maxwel — *La Magie* — Flammarion éd. Paris. Graus - *Trattato teorico pratico di Magia moderna* — Chiurazzi ed. e F., Napoli.

di una pianta e di un animale *è significato da un gruppo di particolari circostanze,* le quali hanno i loro *antecedenti* in altre speciali circostanze, e via, via, per serie infinita.

Questo modo scientifico di vedere le cose, l'uomo di coltura elevata cerca di estenderlo ai fatti sociali, alle Istituzioni umane, al corso delle Idee nella Storia.

Non è, che qualsiasi uomo, civile e colto, consideri in tal modo e sempre le cose; ma è *l'ideale* di conoscenza, verso cui aspira. Per lo meno, ha il *presentimento,* che in Natura e nei meandri più inesplorati della realtà, non vi sia confusione; bensì *ordine, oncatenamenti inesorabili.*

uttavia ognuno di noi, nonostante abbia questo « presenti- », o convincimento che sia; quando è preso in mezzo allo eduto, al casuale, alle paure ed ai dolori della vita; sentesi verso un modo di pensare, *non dissimile troppo* da quello el selvaggio — Le « superstizioni » insidiano le menti, più lucide ed educate; chè sono in rapporto con gli *affetti nostri fondamentali, primitivi* (conservazione di sè). Su questi hanno impero di elevazione e di liberazione, soltanto, i precetti delle Religioni e le Filosofie.

Il selvaggio ha esperienza del suo arco, del fuoco, della tenda, delle fiere che uccide alla caccia: ha piccole industrie per vivere. Ma tutto ciò è, per lui, qualche cosa di istintivamente pratico (direi). Se si mette a riflettere, a nulla di astratto riesce: egli pensa in altro modo da noi. Egli intuisce, dietro, dentro le cose e gli eventi, tanti *impulsi e dipendenze psichiche,* più o meno concretate in figure di anime o di spiriti. La natura, per lui, non ha interezza: è un concerto, o meglio, uno spaventevole disordine di anime, di psichicità, in rapporto all'essere suo.

Egli si sente al livello medesimo del serpente o della tigre. E crede, che la tigre od il serpente od il bisonte od il kanguro possa essere stato un suo progenitore. Egli pensa, che un capo

della sua tribù si sia trasformato in tigre; che egli medesimo possa' nel tempo medesimo o nei sogni, mutarsi, sdoppiandosi in quello che è ed in altro essere (pesce, animale, pianta); che un suo bambino, allora morto, gema nell'acqua di una fontana sgorgante dalla rupe; o che le fronde dei rami d'alberi al vento, curve sullo stagno, susurrino voci d'anime ascose.

Tutto è arbitrario, slegato, animato, cozzante per lui. Come si sente *in dipendenza* del capo e degli altri della tribù; così si sente in dipendenza da quegl'ignoti spiriti: uomini estinti, o non nati, od esseri d'altra specie, possenti e maneggiatori della sua vita e del suo destino — Se va in barca con un compagno e questo è preso dalle onde e travolto; egli non sempre mostra di averne [illegible] crede, alle volte, che un ignoto spirito lo abbia [illegible] tandolo via, non si sa per quale colpa di costui o per altr[illegible] ne — I selvaggi praticano bene, fra loro, il reciproco aiuto [illegible] pure in non pochi casi, abbandonano il padre od il compagn[illegible] lato; perchè credono, dentro costui, aver preso stanza qualche [illegible]sere ignoto (1).

L'infermo è « tabù », allora dicono; vale a dire, è qualche cosa di sacro, di repugnante, d'intangibile e predestinato.

* * *

Il mago, posto in mezzo a questa confusa sinfonia di psichicità, di anime, non diverse sostanzialmente da lui; cerca di evocarle, di assoggettarle, di averne dominio, mercè speciali mezzi — La magia è l'inizio della Scienza; ma da questa, oh, quanto lontana!

Il mago, nelle tribù di Australia, è un personaggio importante. La sua attitudine è ereditaria, va di padre in figliuolo — Giunto all'età opportuna, all'adolescenza (d'ordinario), viene sotto-

(1) Vedi, fra gli altri: L. Levy-Bruhl: *Les Fonctions Mentales dans les sociétés inferieures e La Mentalité Primitive*. Alcan ed. Paris — Leuba: *La Psychologie des Phènomènes Religieux* trad. franc. Alcan ed. Paris.

posto a pratiche speciali, ad una « iniziazione », perchè diventi mago. Lo si manda in luogo solitario, si costringe a digiuni; lo si espone *ai vapori di sostanze inebbrianti.* Ed egli cade in sonno' in delirio, in « trance », in convulsioni. — E, poi, tornato in sanità, racconta di avere peregrinato sotterra e per vie lontane, di essersi imbattuto con sovrumani personaggi, che gli hanno cacciato in corpo un pezzo di cristallo di rocca od un osso di morto: simboli della virtù magica (1).

E tutti credono nelle doti misteriose di questi nevrosici (sono istero-epilettici d'ordinario), quando non semiintossicati.

I loro sogni e delirii sono ritenuti, quali « rivelazioni » — E [illegible] Pizia, profetante vicino ai vapori di un braciere acceso; ed agi-[illegible]esi, la chioma arruffata, il volto scomposto? E, nel Medio-Evo' [illegible] credeva, che la verità, in un *procedimento giudiziario,* si [illegible]se rintracciare da uno scontro fra due campioni, o forzando [illegible] sospettato a bere veleni, od a cacciare nudo il braccio nell'ac-[illegible]ua bollente?

Molti selvaggi africani praticano la istessa cosa, ogni volta, che sono innanzi ad un delitto, ad una trasgressione di costumanze, ed hanno sospetti contro qualcuno (2).

Il duello presente, il cavalleresco duello, non ha, nel dietroscena, questo residuo di primitiva mentalità?

Voi mi direte: Allora tutte queste pratiche sono fantasie, sono errori?

Non tutte: la ricerca scientifica va mettendo in luce alcuni fatti *d'influenza* dell'uomo sull'altro, in cui (pare) vi concorrano *condizioni fisiologiche e fisiche,* finora ignote o mal note. Ciò non di meno quelle condizioni non spiegano, *punto si adeguano* alla portata della *credenza,* che è *superstiziosa* sovra tutto.

---

(1) H. Hubert et M. Mauss: *Mélanges d'Histoire des Religions* (Travaux de l'Année Sociologique) Alcan ed. e Leuba: *Psychologie du Mysticisme Religieux* — tad. fran. Alcan ed.

(2) E. C. Lea — *Forza e Superstizione* Trad. Ital. Bocca Ed. Torino.

Di superstizioni vive il popolo minuto; e di esse vivono, in parte, gli uomini colti, quando la malattia e le angosciose incertezze li assalgono — Fra gli ultimi s'incontrano gli *occultisti* contemporanei — Sono, forse, sociologicamente, quelli che discendono dall'antica magia?

Vi hanno trattati di occultismo: un misto di nozioni, empiriche, scientifiche, confuse, dominate da costruzioni fantastiche e grottesche: la persona umana, il corpo e la psiche dell'uomo, vi sono pensati in forme complicatissime, che mal si riescono a rappresentare.

Ripeto: noi siamo fondamentalmente superstiziosi — La Scienza, la Coltura elevata di uomo civile, si è distinta, via, via, faticosamente, tra sconfitte e trionfi, dalla distesa infinita delle superstizioni. Il nostro passo risuona sovra un conglomerato, s millenario di errori, i quali ne circondano, s'insinuano in rennemente.

La superstizione è l'Oceano: la Scienza è una striscia di lu traballante, angusta e fugace, sovra quelle onde, oscure, paurose. Dice bene Wolfango Göthe:

. . . . di Vero
entro un mare di errori una scintilla!

E dagli errori, da quei flutti tenebrosi, con bagliori e scintillii incerti; appaiono germi di verità!

IV.

Lo spiritismo

Carlo Richet, il fisiologo geniale, lo scrittore insigne, in un discorso del Giugno ultimo, quando scendeva per limiti di età dalla sua Cattedra alla Sorbona; volle annunziare, davanti ai Colleghi ed ai giovani, novelli veri, il sorgere di una nuova Scienza (1).

(1) Ch. Richet — *La Science Métapsychique* — Conferenza alla Facoltà di Medicina di Parigi (24 Giugno 1925) da La Presse Medicale 27-6-1925 N. 51.

Egli disse: Parlerò a voi di un altro ramo della Fisiologia umana, non ancora nato, eppure in embrione. Lo nomerò: *Metapsichica.* Fu iniziato dal celebre fisico inglese William Croockes. Ebbe studiosi, sperimentatori, in tutto il mondo civile — La Metapsichica cerca di trasferire, nell'ambito della indagine rigorosa, tutti quei fenomeni, che volgarmente diconsi *fenomeni spiritici o medianici.*

Ed egli li raggruppa in due grandi classi, che potrebbero dividersi in due separate Scienze: *La Metapsichica subiettiva* (fatti telepatici, di premonizione, divinazioni, letture attraverso corpi opachi, esatta percezione dei propri od altrui organi interni, ecc.).

La *Metapsichica obiettiva* (ectoplasmie, vale a dire obiettiva-[illegible] del corpo del medium in alcunchè di radiante, che prende [illegible]dinario figura umana, completa o parziale; suoni, rumori, luci; [illegible]stamento di oggetti leggeri o pesanti, senza che alcuno li muo[illegible], ecc.).

Egli disse: Molti di questi fatti sono fuori da ogni contesta[illegible]one omai: sono scientificamente assodati — E' possibile adombrare qualche ipotesi che, in certo modo, in parte, li comprenda?

I fenomeni spiritici si presentano in maniera troppo oscillante ed incerta. Qualsiasi medium, prima di incominciare le sedute, è in preda a *nervosismo* grande; nè può dire *quali fenomeni* seguiranno, oppur no — Sì che, fino ad ora, non è stato possibile ridurre tali indagini alle forme, alle esigenze di una *ricerca scientifica, metodica, rigorosa* — Tuttavia, quale suggerimento e sintesi di fatti, una *ipotesi provvisoria* avanza il Richet. Egli dice: Il nostro cervello non percepisce solo per la comune via dei sensi: vista, udito, tatto, ecc. Vi sono correnti di stimoli ignoti, che *arrivano al nostro cervello* dalle plaghe più lontane della realtà; specialmente, allorchè ci troviamo in istati neuropsichici particolari, di dormiveglia ad es. — Chi non sa (aggiungerò), che l'*ambito di presa* del reale con i nostri sensi è limitatissimo? Tutti gli appa-

recchi, che le Scienze sperimentali costruiscono, non sono una *estensione sempre maggiore* delle nostre sensibilità e percettibilità? Ed ogni giorno nuove specie di fenomeni si conoscono — Noi siamo tuffati in un oceano d'*ignoto*: la realtà è infinita. Non disse Isacco Newton, che l'uomo di Scienza era pari ad un fanciullo in riva al mare, occupato a raccogliere, ora una pietruzza levigata, od una conchiglia?

La ipotesi *spiritica*, a priori, non possiamo respingerla, nè accettarla — Lo scienziato è agnostico, si arrende alla prova sperimentale. Egli non si piega, se non davanti alla testimonianza regolare delle *sensazioni* (esterne ed interne) ed ai principii semp..cissimi della *ragione*.

Vero è, che la ipotesi spiritica, sottoposta a critica, va incon ad obiezioni molte (nota il Richet), e spiega quei fenomeni maniera terribilmente semplicista. Alcuni fatti, su cui poggia, sc erronei o si possono diversamente intendere.

***

E, per conchiudere, dirò: Non è stata sempre la ipotesi spiri tica, od animistica, in fondo a tutte le Scienze, in sugl'inizii? Non si credeva un tempo, che i pianeti fossero mossi da Deità, da spiriti erranti per lo spazio? Keplero istesso, mentre scopriva le sue immortali leggi matematico-astronomiche, non fantasticava anche lui di astrologia? Si dovè giungere alla idea grandiosa dell'*attrazione universale* per liberarsi da quelle mitiche concezioni.

La *Chimica sintetica* di Berthelot, e di tanti altri, fu un tempo *alchimia*: occupazione di gente diversa e di maghi e stregoni. La « serie periodica » dei corpi di essa fu creduta un tempo opera di spiriti, buoni o malvagi — Cartesio, il sommo Cartesio, il fondatore della Scienza meccanica della Natura, non parla di *spiriti animali?* E questi spiriti animali altro non sono, che tutte quelle *reazioni e sostanze bio-chimiche,* che gli studii sulla immunità, sulle infezioni ed intossicazioni del sangue, illustrano.

Quale maraviglia adunque che dei *fatti medianici* si cerchi da molti la causa in *entità spiritiche?*

Essi sono fenomeni, non presi. ancora, nel *rigoroso concatenamento* della indagine.

Noi, psichiatri, anzichè i fenomeni di Metapsichica, consideriamo 'getti, i *medium* -- Senza medium non si ha spiritismo: lo iano tutti gli occultisti.

La psicopatologia dei medium non è stata scritta ancora. I più ri medium (a quanto pare) furono neurosici o finirono psicopati. edium Carlo Foster morì in una Casa di Salute per infermi nente; Slade, Eglitou (il massimo fra i medium d'Inghilterra) no epilettici; Home fu anomalo morale (dicono) e per lunghi anni soffrì di malattia spinale. Le ben note sorelle Fox finirono ancora in pazzia (1).

Mi direte: Ma tanti uomini di genio non morirono infermi di mente o non furono anomali psichici gravi?

Vero, purtroppo: na è questione di *grado e specie di psicopatia*, anzitutto — Vi furono moltissimi folli ed anomali psichici fra i geniali; però i massimi apparvero di cervello ben resistente. Se lo Schumann e Donizzetti e Sarria, ed altri molti, finirono pazzi; tali non finirono Verdi e Beethoven e Wagner medesimo. Nè Dante o Shakespeare o Göthe si potè dire che fossero alienati di mente.

Senza indugiare su questa formidabile e discutibilissima questione, dirò, che lo essere *medium*, certamente, importa *una costituzione neuro o psicopatica*. Una tal cosa non vuol dire, che i fenomeni, da essi o per loro mezzo provocati, sieno morbosi. Sono eccezionali, fuori linea, ecco tutto.

Gli occultisti dicono, che alla *medianità* si possano educare moltissimi, donne specialmente. Ne conobbi qualcuna — Notai, che,

(1) E. P. Blavatsky — *Introduzione alla Teosofia* — Trad. Ital. Bocca ed.

con la pratica medianica, il loro stato nervoso peggiorava; tanto che una di esse ricorse a me per consiglio medico.

Fu notato, che la medianità va con stati fisiologici speciali: la gravidanza pare la sospenda, come l'attenua e sopprime via, via, la vecchiezza (1).

Vi è quindi tutto un ordine di studii da fare sull'*organ* dei medium e sulle *condizioni fisiche* della medianità — umida pare contrasti quei fenomeni; come le tenebre le sono revoli più della luce: alcunchè di simile a ciò che capita p onde hertziane.

Comprendete bene, che, siccome avanzano queste conos scientifiche; il maraviglioso sfuma e la ipotesi spiritica perde ter

V.

La teosofia

I teosofi (questi aristocratici dell'occultismo) deplorano l'uso delle pratiche in esame, e dicono che quei responsi non sono responsi spiritici; ma derivano dal contenuto psicologico del medium istesso e dei soggetti che formano la catena medianica. Se in qualche caso, si ebbero rivelazioni intorno a cose od eventi del tutti ignoti ai circostanti; ciò fu (dicono i teosofi), perchè l'intimo, il nocciolo di ogni anima umana è scintilla, emanazione divina, ed ha quindi alcunchè della originaria omniscienza (1).

La teosofia fu fondata da una signora russa, la Signora Blavatski, coadiuvata dal Signor Jugde a New-Jorck ed in Inghilterra, e, poi, dal Colonnello Olcott a Madras nell'India. Sono persone rispettabilissime, che avevano in mente propositi insigni — La Teosofia si è diffusa per tutto il mondo. I seguaci suoi dicono che

---

(1) Vedi il Mio Saggio: L'« *Io subliminale* » *del Myers e la psicologia contemporanea* — Dall'Archivio di Psichiatria, ecc. « Il Manicomio », Nocera Inferiore, 1906.

(1) E. P. Blavatsky — *Op. cit.* e G. Giordano — *Teosofia* — Hoepli ed. Milano.

è Scienza divina: che non è Religione, ma sta sovra alle Religioni. E' una Scienza, la *scienza della divinità.*

Orgoglio grandissimo, a me sembra, il loro veramente!

Per quanti sono cultori delle Scienze materialistiche (come essi dicono); per il Chimico, per l'Astronomo, per il Fisiologo, per lo studioso di Psicologia; la modestia (forse l'umiltà) non è un pregio: è una condizione necessaria per la ricerca.

Senza il *dubbio metodico* non si fa Scienza. Lo scienziato instaura lo *esperimento:* gli è guida una provvisoria «ipotesi». [illegible] innanzi *provando e riprovando:* giammai si acqueta. Deve giungere la prova decisiva, e questa si fa lungamente atten- E' raggiunta, e, talvolta, non la si raggiunge.

Leggete gli scritti, che narrano la vita di un Lazzaro Spallanzani, di Carlo Darwin o di Claudio Bernard o di Luigi Pasteur. Che lavoro ostinato, quanti dubbii e tormenti e saggi e contro saggi, prima di attingere l'agognata meta!

I teosofi (se non erro) cercano di *prendere di assalto il culmine del sapere con intuizioni ispirate* — Sono essi proprio così? Non erro?

L'uomo di Scienza è d'altra specie; egli va dal noto all'ignoto, dal semplice al complesso, a passo, a passo, cautamente. E' scolaro di Cartesio e del Galilei.

* * *

La Società Teosofica ha in mira tre obbiettivi:

1. — La fratellanza umana, il soccorso fraterno fra gli uomini tutti di qualsiasi fede o razza sieno — Chi al mondo non vorrà non accogliere un simile obbiettivo nobilissimo?

2. — Approfondire lo studio di tutte le Religioni di Oriente e di Occidente per intuirvi il sapere, *occulto, riposto in esse*

Essi parlano di un sapere *esoterico* dietro quello *exoterico*, noto ai più: il primo sarebbe comunicato ad alcuni «iniziati» soltanto. Questa ascosa sapienza vogliono penetrare, al fine di costruire una *teologia unitaria* sulle teologie delle Religioni più diverse — Vertiginose ricerche, intorno a cui non è competenza, nè diritto mio, il pronunciarsi.

3. — Rivelare, indagare, sperimentare le *potenze latenti, occulte,* della umana natura.

Ahimè! Siamo alla questione. Vogliono adunque occuparsi di Fisiologia, di Bio-chimica, di Psicologia? E con quali metodi? Con quelli delle volgarissime Scienze empiriche? Per l'uomo di Scien: non esiste *l'occulto;* ma *l'ignoto*, il *seminoto* ed il *conosciuto*.

Potrei errare; tuttavia a me sembra, che i teosofi (pers degne di grande stima per coltura e carattere e propositi nobili simi), a me sembra che stiano *un po' fuori strada in quanto a Metodo;* poco lungi dagli spiritisti, e, più giù, dai praticanti la magia o peggio — Essi credono di poter *conoscere*, di potere raggiungere nuove conoscenze, scavando nell'anima umana, con i procedimenti del *misticismo*. Ed i procedimenti mistici non sono quelli della Scienza, non accrescono le cognizioni nostre.

VI.

Il misticismo

Al presente moltissimi parlano di *misticismo:* ne parlano a proposito ed a sproposito — Di una simigliante parola è necessario, dapprima, *chiarire il significato* — Non pochi confondono *misticismo* con *religione:* ritengono il mistico, quasi un «religioso libero».

Per tale via si cadono in ambiguità ed errori.

Misticismo non è religione. Come si osserva un misticismo religioso; così vi è un misticismo estetico, o filosofico o morale od immorale ancora.

Il misticismo è uno stato, uno sviluppo d'animo; è uno stato di tutta la personalità nostra — Con esso siamo nel campo della vita *psicologica* in genere, non della Religione in ispecie.

L'equivoco deriva dal significato originario della parola — Si chiamavano « mistici », i giovanetti, che, nell'antica Grecia, venivano iniziati alla religione dei Misteri, dei misteri orfici o di Eleusi. Essi nella « iniziazione » si consideravano, come *morti* alla loro vita ordinaria, per *rinascere*, per risorgere a novelli affetti e propositi, ad una nuova esistenza.

Ed, appunto, il misticismo importa questo intimo sviluppo o stato di raggiunta trasformazione interna, di potente subiettività, che ha forme e specie innumerevoli.

L'uomo, in istato mistico, non osserva i *fenomeni esteriori*, non vive della *vita esterna*; nè indaga, *non ragiona*. Egli è assorto in sè; rimuove da sè tutto il mondo, vario, molteplice delle cose e degli eventi; stringesi ad un *vivere suo centrale*, di gagliarda emotività: una emotività, quasi senza obietto, fra imagini sfumate, evanescenti, risonanti: musica dell'anima, sforzo di superamento. — Egli oltrepassa le apparenze della vita, di questa solida realtà esteriore: va in traccia di potenze, *che sono al di là*. Va in traccia del *nucleo*, dell'*essenza intima* (direi) delle cose e del mondo; ma, non, con ragionamenti e travaglio intellettuale; bensì avvicinandovisi, presentendola, amando, palpitando: sente che essa è d'indola psichica, è una sovrana energia, un « alter », con cui l'anima, ebbra di amore, *cerca di mettersi in comunione*.

Talvolta non sente amore, ma paura, angoscia e tendenza — Il mistico contempla, vive di tutto ciò che è impreciso, diffluente, illimitato: armonie e disarmonie interiori, che si inseguono, confondono, squillano, gemono, susurrano; fiori che, sbocciati, dileguansi; veli che ondeggiano, e, sotto, vi si gonfiano, palpitano impulsi d'animo.

Se talora egli si arresta sulla imagine di un obietto amato, la considera in tutti i suoi particolari; ma, ecco, quivi si fa immoto il pensiero, ed i particolari sfumano, dileguano: permane l'affettività, la concentrazione mentale, *l'unificazione psichica*, la tensione spirituale — Di grado in grado, l'anima sale (essi dicono): un senso di beatitudine e di passività la investe.

* * *

Vi sono misticismi medianici, di soggetti, che dalla immobilità del pensiero finiscono con il cadere in «trance»; pari ad un cencio, abbattuti in un angolo. Da essi emana una sostanza radiante, qualche cosa come se fosse il fantasma di un'altra imaginata persona: uno sdoppiamento del «sè» psicofisico, l'*io astrale* degli spiritisti e dei teosofi, che si manipola a seconda della tendenza del medium e dei componenti la catena medianica — Vi sono misticismi, estetici, musicali, o filosofici.

Misticismo filosofico è salire dal molteplice all'uno: salire, non per ragionamenti (ripeto); ma con il sentimento, con lo immobilizzarsi, il dissolversi, il volatilizzarsi del sè, dell'individuo, nello *universale:* vivere la vita *sub quadam* specie *aeternitatis*.

Tutto ciò è contemplazione, trasformazione interna: *è vita, non conoscenza* — I mistici dicono, che, ai culmini della loro affettività contemplante, scovrono *orizzonti* inenarrabili. Ma quegli orizzonti, appunto perchè inenarrabili, perchè non li raccontano a noi, non sono conoscenze per noi. A quanto sembra, sono essi *visioni affettive*, non di obietti determinati o d'idee.

Il mistico, per riuscire ad esporre qualche idea, deve assorbirsi in sè, *seguendo una impalcatura di cognizioni, già note*, tradizionali o dogmatiche o narrate altrove. Egli le rivive, *vi si trasforma dentro*.

Come vedete, per questo sentiero non riusciranno a dir cose nuove veramente; nonostanne i loro mirabili occultismi e paurosi misteri.

Ho detto, che di misticismi ve ne ha specie diverse. Se vi furono sviluppi interiori di simil genere, *sublimi* per impeto di affetto e per elevazione psichica; se ve ne furono di santi e di genii della bontà e d'ogni eroismo umano; altri se n'ebbero, *folli o stranissimi* o con pervertimenti d'animo inauditi.

Nel misticismo, sparita la lucida ragione, allentati i freni di inibizione, esterna e sociale; *si scatenano* (talora) *gl'impulsi più bassi*, crudeli, erotico-mostruosi, deformi.

Quando l'uomo scantona dalla sua figura media, dal suo medio assetto intellettuale e pratico; allorchè si perde per questi « stati d'animo » non comuni; se talora raggiunge vette luminose; altre volte precipita nei burroni oscuri della follia, della criminalità, del …tismo.

… mistico è, quindi, un fuori linea, un non conformista, uscito …di abitudinarii di sentire ed orientarsi; lungi (alle volte) dalle …zioni, obiettive, fisse, che noi reggono dalla culla alla tomba e …escrivono una linea media di vita, la quale fu già sperimentata dagli antenati nostri.

Con ciò punto nego, che vi sieno stati d'animo mistici, superiori, eletti. Un'onda mistica investe l'animo dell'eroe, dell'inventore, del poeta. — Non vi ha idea o proposito, attivo, veramente efficace al mondo, senza che sia vissuto, rivissuto, fatto sangue del nostro sangue. — E ciò è possibile nelle unificazioni di tal genere: *unificazioni, in cui le linee maestre della personalità prendono (direi) un nuovo assetto.* Da quegli stati si esce novelli esseri, e pronti (se uomini di azione) all'opera feconda. Tuttavia sono essi culmini, che (alla grande maggioranza degli uomini) giova li contemplino soltanto: sperimentarne l'ascesa è mettersi per aspro, rude sentiero, con dappresso abissi e cadute.

VII.

Conclusione: per la igiene della mente

Signori,

In questo mio discorso, sono andato dal ciarlatano (figura molteplice e varia) all'occultista, rasentando una zona di stati e sviluppi d'animo, posta in sui margini della vita, comune, equilibrata, sana in genere.

Se qualche espressione mia fu non misurata abbastanza; ne domando venia ad alcuni ascoltatori. Io rispetto tutte le opinioni, tutte le fedi, sinceramente vissute. La "fede,, investe, si compenetr nella *personalità* di ognuno. E l'uomo civile ha il dovere del' assoluto rispetto d'ogni personalità.

Lo spiritismo e la teosofia le ho considerate, *per null fedi, quali convincimenti di vita, intimi, profondi* (non sare qui stato il luogo da ciò, nè di mia competenza). Le ho considerate *in rapporto alla Scienza, al Metodo scientifico* — Giacchè essi parlano di *Scienze occulte;* urge vedere, se davvero Scienze siano. Evidentissimamente tali non sono.

Inoltre, quale medico psicologo, come igienista della mente; permettete, che io ponga in guardia i giovani (uomini e donne), se trovansi al cimento di codeste *avventure spirituali... e nervose.*

Basta dare un'occhiata dentro le ordinarie vendite di libri, per constatare quale numero di opere sulla magia, su occultismi e spiritismo e misticismi strani, incominciano a farsi strada, e sono letti, con trasporto, con passione.

La mentalità comune è depressa gravemente — Si rifugge dal lavoro, diuturno e faticoso della indagine. Si va in cerca di quanto impressiona e porta al successo per ridotti oscuri. — Tenete bene a mente: *una cosa è la Scienza; altra cosa è questa via del Misticismo.* Scienza è ricerca, è conquista graduale di cognizioni. Misti-

cismo è sviluppo di vita e di affettività contemplante. — Se qualcuno crede, percorrendo l'ultima via, di raggiungere il sapere; scavando un tunnel sotto la ferrea catena delle cose; pensi che a nulla riuscirà.

E' follia.

Si mediti la vita di Luigi Pasteur (che ho sopra ricordato), ovvero di Tommaso Edison, e via via, dei grandi scienziati, scopritori e pensatori, della umanità. Essi nulla di "occultistico" ebbero mai: vissero anni ed anni di concentrata fatica; fu il loro un tenace disserrarsi intorno ad un gruppo di idee e di attività feconde.

E' vero: nel cuor del loro cuore, non di rado, divampò una superba luce, una superba fiamma; vi fu alcunchè di mistico ed elevato; ma di esso già discorsero a noi i genii della Poesia e dell'Arte, i fondatori delle Religioni. E' una forma di vita, gioconda, serena e calma: è pace luminosa, irrompente Carità.

E poichè siamo a ragionare di Medicina con la imagine ancor viva dell'ultima recente guerra; giova a noi il ricordare quella schiera innumerevole di anime pietose, di uomini e di donne, che diedero il fraterno aiuto a tanti sofferenti, ad organismi infermi.

E' questo il sano, il vero misticismo — Vivere nella Carità e dell'amore, verso quelli che a noi si rivolgono per aiuto; saldi nella fede di adempiere ad una Legge, suprema, immortale.

AMBULATORIO PER LE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
della Congregazione di Carità di Roma
diretto dai Proff. MINGAZZINI e GIANNELLI

Sindrome Coreica nel corso di un caso di Tetania

Dott. ALESSANDRO ALESSANDRINI
Medico di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Aquila

Le importanti conquiste della Endocrinologia da un lato, quelle della Biochimica dall' altro hanno illuminato e risvegliato riflessi profondi e intensamente luminosi incidendo su quel poliedrico complesso che resta tuttora la Tetania: ma alle luci si avvicendano ombre moleste non ancora fugate dalle indagini di Laboratorio che pure tante parole nuove hanno detto nelle recenti vedute sulla Patogenesi della Tetania.

Per modo che il campo non è chiuso ancora del tutto alla indagine clinica che si rinnova diuturnamente, se pure non con la stessa copiosità dei tempi di Steinheim e Dance, di Corvisart, di Trousseau, di Küssmaul, dei due Chwosthek, di Frankl-Hochwart.

Una delle zone ancora non completamente esplorate è rappresentata dalla Tetania degli adulti, e, in essa, spesso sfiorata appena dalle osservazioni personali, è la questione dei rapporti fra la Tetania e altre malattie del Sistema Nervoso anch'esse di patogenesi

ancora oscura o non completamente chiarita: quali la epilessia, la corea volgare, l'atetosi ecc.

E poichè la indagine clinica è materiata di casistica e questa promuove quella e ne riceve nuova luce, così non mi sembra del tutto inutile riportare il caso occorso alla mia osservazione:

(Sch. 9921) *C. V.* anni 15 casalinga, nubile.

19 gennaio 1921. Il padre nega lues, la madre ebbe un solo aborto e 6 gravidanze a termine.

La P. beve poco vino, non caffè.

Presentò normale prima e seconda infanzia con sviluppo e crescenze regolari: mestruata da un anno: corsi regolari un poco dolorosi all'inizio: non leucorrea.

All'età di 4 mesi ebbe gastroenterite, poi rosolia.

A 11 anni cominciarono a presentarsi, di inverno, crampi dolorosi alle dita delle mani, che si ripetevano ogni 3 o 4 giorni e che avevano la durata di mezz'ora. Dopo poche settimane comparvero anche crampi alle dita dei piedi e dolori alle gambe, dolori che persistevano anche dopo l'accesso, sebbene attenuati. Gli accessi si accompagnarono allora con contrazioni toniche alle gambe che impedivano alla P. di camminare.

Gli accessi scomparvero nell'estate per ricomparire quotidianamente nel mese di settembre, accompagnati da contrazioni accessuali anche nel territorio dei muscoli mimici: talora la parola stessa ne veniva impedita.

In genere si presentava un forte accesso ogni settimana circa e prevalentemente di sera, con durata di un'ora, di un'ora e mezza circa.

Fattisi più frequenti gli accessi gravi il 9 gennaio 1918 entrò nella Clinica Medica della R. Università di Roma dove con il riposo e con cure opoterapiche gli attacchi si diradarono susseguendosi solo ogni 3-4 giorni. Uscita dalla Clinica dopo un mese circa, gli accessi avevano ripreso la loro prima intensità fino a raggiungere il numero di 4 al giorno.

Alla comparsa della mestruazione che, come fu già detto ebbe luogo all'età di 14 anni circa, cioè poco più di un anno addietro, sul finire del 1919, gli accessi aumentarono di frequenza e di durata, tanto che

nel dicembre 1919 in preda ad un accesso che generalizzandosi ben Presto alle braccia, alle gambe alla faccia, con partecipazione anche dei muscoli laringei e del diaframma, la pose in serio orgasmo e timore, fu costretta a ricoverare nell'Ospedale di S. Spirito.

Presentò allora agitazione motoria rilevante e senso di ambascia; ma la coscienza permase integra: il giorno dopo volle ritornare in casa un poco migliorata.

Nei periodi intervallari la P. soffriva di sovente di senso di costrizione alla gola, di cefalalgie, di difficile e prolungata digestione: spesso aveva conati di vomito, talora il vomito si effettuava con emissione di liquido bianchiccio.

Gli accessi erano, a detta della P., ed anche della cronistoria surriferita, influenzata in senso sfavorevole dal freddo ed infatti ella per la sua condizione ebbe spesso a disimpegnare mansioni di lavandaia, e prese prima e durante i primi tempi della malattia bagnature disordinate ed incongrue.

Così pure accadeva che con il sopraggiungere dei primi caldi la P. migliorava assai, anzi, prima di quest'anno, l'estate trascorreva quasi in completo benessere.

Ci narra ancora la P. che ha talora sofferto di obnubilamento della visione e ci precisa che in uno degli accessi avrebbe avuto anche una netta sensazione di diplopia.

Ha fatto cure opterapiche con miglioramento notevole specie nei riguardi della intensità degli accessi.

Stato odierno. L'inferma è sotto un attacco classico di Tetania.

Respiro: 24; polso: 130; temperatura ascellare: 37° 6'.

Gli arti sia superiori che inferiori sono manifestamente sede di rigide contrazioni toniche, le mani hanno le dita leggermente flesse e riunite in classica mano da ostetrico: le spalle sono abdotte, i piedi in flessione plantare, le gambe in estensione. Il viso è intensamente congesto: le mani cianotiche.

Esame obiettivo (praticato al cessare dell'accesso).

Costituzione scheletrica regolare senza note evidenti di rachitismo.

Stato generale di nutrizione buono: aspetto linfatico.

Colorito della cute e delle mucose accessibili roseo acceso.

Pannicolo adiposo abbondante.

Muscoli validi, tonici.

Lingua patinosa, umida.

Leggera tumefazione delle glandole linfatiche del collo e della regione ascellare.

Circonferenza del collo aumentata rispetto alla norma. La tiroide è ben manifesta e sviluppata in toto.

Sensorio integro. Stazione e decubito indifferenti.

Apparato respiratorio: F.v.t. regolarmente trasmissibile. Nulla alla percussione sull'ambito polmonare: margini inferiori dei polmoni bene espansibili. In corrispondenza dell'apice di D si ascoltano sibili e qualche rantolo inspiratorio: su le due basi numerosi rantoli crepitanti: ovunque respiro debole.

Apparato cardiovascolare: Cuore: ictus al V. spazio sull'emiclaveare: impulso di media intensità, scarsamente diffuso. Area di ottusità nei limiti. Polso: (V. sopra): pieno, ritmico.

Addome e Organi contenuti: Fegato e Milza nei limiti. Stomaco in posizione normale, nei limiti. Reni non si palpano. Vescica non distesa.

Esame delle Urine: colorito paglierino, aspetto lievemente torbido, reazione acida. Albumina assente, Glucosio assente, Pigmenti biliari assenti. L'esame del sedimento non offre nulla anormale.

Esame neurologico: Normale l' oculomozione mono e binoculare. Non Graëfe, non Moëbius nè Stelwag: talora si osservano contrazioni fibrillari rapidissime nella porzione inferiore dell'orbicolare delle palpebre.

Vivacissima l'eccitabilità meccanica del N. Facialis sia sul tronco, che sui singoli rami superiore, medio, e inferiore (fenomeno di Weiss).

Normale il XII all'infuori di tremori fibrillari della lingua protrusa.

Il trofismo degli arti è ben conservato: considerevole è, come sopra accennato, la cianosi delle mani che hanno anche un aspetto succulento.

Motilità attiva e passiva del collo, del tronco e degli aa. superiori e inferiori tutta normale. Non tremori.

Negli aa. superiori comprimendo nel solco bicipitale si riesce facilmente a provocare il fenomeno di Trousseau.

Si riscontra anche eccitabilità meccanica del peroneo (fenomeno di Frankl-Hochwart).

Andatura normale. Equilibrio non leso.

Non si ottiene il riflesso rotuleo bilateralmente: solo la mano poggiata sul quadricipite sembra avvertire qualche contrazione del muscolo mentre l'altra percuote. Presenti sono invece i riflessi cutanei addominali ed eguali bilateralmente.

Pupille eguali con iridi reagenti prontamente alla luce ed all'accomodazione.

Sensibilità superficiale e profonda normale. E' dolorosa a D. la pressione sul polpaccio, che è quasi inavvertita a S.

Non disartria nelle parole di prova.

6 febbraio 1921. Polso: 104. Temperatura: 37°·4'. Respiro: 24.

La P. ci narra di aver avuto tutti i giorni attacchi leggeri. Ieri nel pomeriggio fu presa da un attacco.

L'esame neurologico ripetuto oggi ci fornisce i seguenti dati degni di rilievo: scomparsa quasi completa della cianosi sia al viso che alle mani. Nei muscoli degli aa. superiori, delle spalle vi è qualche contrazione isolata con effetto locomotorio riguardante il tipo coreico.

Non si ottengono i riflessi periostei dell'apofisi stiloide, nè quelli dell'apofisi stiloide del radio. Sempre mancanti bilateralmente i rotulei nè questa volta si avverte la benchè minima contrazione del quadricipite.

Assenti anche e bilateralmente gli achillei, deboli bilateralmente i gastrocnemi.

Chwostek manifesto nei due lati della faccia.

Lievi percussioni sui pettorali producono una modesta abduzione del braccio corrispondente.

Manifesto il segno di Frankl-Hocwart. La percussione sul tibiale anteriore produce una contrazione molto viva.

Segno di Erb evidente all'esame elettrico :

Co. Galvanica:	N. facialis: soglia		=	1	Milliampère
»	N. ulnaris (al cubito)	»	=	0,7	»
»	N. radialis (al cubito)	»	=	0,8	»
»	N. peronaeus	»	=	1,5	»

Co. ch. K. > Co. ap. AN > Co. Ch. An
Te. Ch. K.

Esame psichico: Atteggiamento e umore un poco depresso. Nulla di notevole nel contegno. Attenzione desta: percezione pronta con orientamento sicuro e ideazione rapida. Non disordini sensoriali: non impulsività nè anomalie del carattere. Memoria buona: desti e ben sviluppati i sentimenti.

9 febbraio 1921 — Polso = 104; Temperatura = 37°4'; Respiro=24.

La P. dice di aver avuto tutti i giorni attacchi leggeri. Ieri nel pomeriggio fu presa da un attacco più forte, che dura tuttora, sebbene attenuato. Le dita della mano D. sono flesse sul pugno, il pollice addotto e semiflesso sulle singole articolazioni.

Pronto l'ammiccamento. Non, Graëfe.

9 marzo 1921 — Gli attacchi persistono invariati.

Movimenti coreici sono oggi ben manifesti senza alcuna coordinazione, sopratutto negli aa di D.

23 marzo 1921 — Polso=98; Temperatura=36° '; Respiro=18.

Gli attacchi sono più frequenti: nei periodi intervallari movimenti disordinatissimi e improvvisi, ora in una, ora in altra parte degli arti. Anche oggi sono manifesti subitanei e incoordinati movimenti di adduzione e di abduzione del braccio e della coscia, di estensione e di flessione del piede.

La P. ci afferma che la notte dorme poco e avverte come una sensazione di fascia intorno al collo.

Turbe vasomotorie manifeste specie nel viso e nelle mani.

13 aprile 1921 — Ha sofferto una crisi più accentuata delle solite.

I movimenti coreici perdurano e sono manifesti in tutta la metà D. del corpo.

Coesistono invariati tutti i segni della Tetania.

L'ascoltazione del cuore nulla fa rilevare di anormale.

Polso=84 in posizione supina, 87 appena alzatasi a sedere.

La motilità attiva e passiva non é ostacolata. I riflessi rotulei sono mancanti d'ambo i lati. Gli echillei sono invece debolmente presenti. Alluci plantari d'ambo i lati.

Le pupille sono eguali con iridi pronte alla luce ed all' accomoda-

zione. Il riflesso congiuntivale è molto torpido bilateralmente: analogamente si comporta il riflesso faringeo.

Le sensibilità superficiali e profonde sono invariate Non vi è zona di Lähre.

11 maggio 1921 — Sono diminuiti di intensità e di frequenza i movimenti coreici.

Persistono il fenomeno del faciale come la presenza del sintoma di Frankl-Gochwart.

I riflessi rotulei sono assenti: gli achillei presenti ma a D. > S.

16 giugno 1921 — Il giorno 12 ha avuto due attacchi di Tetania (la temperatura esterna si è abbassata notevolmente).

I movimenti coreici sono di molto diminuiti.

Risulta dolorosa la pressione sni tronchi nervosi.

13 luglio 1921 — Da quattro giorni non ha più attacchi: precedentemente essi erano quotidiani ma lievi e localizzati di preferenza nella metà D. del corpo.

Polso = 90.

Persiste ancora qualche movimento coreico.

Dandole qualche piccolo colpetto col palmo della mano sulla guancia si ha qualche lieve contrazione dei muscoli periorali.

Strisciando invece rapidamente con il dito no.

L'esame del Fundus Oculi praticato nella Sezione Oftalmologica dell'Ospedale di S. Giacomo nulla ha fatto rilevare di anormale.

L'esame del Visus ha fatto rilevare solo l' esistenza di un certo grado di ipermetropia.

L' esame otorinolaringoscopico praticato nella Sezione Otoiatrica dello stesso Ospedale nulla ha rivelato di anormale.

R. W. (eseguita nel Laboratorio comunale di Igiene) ha dato esito negativo con 3 antigeni.

3 agosto 1921 — Persiste il miglioramento. Dell'ultima visita avvenuta circa una quindicina di giorni addietro solo stamane ha dei lie-

vissimi attacchi limitati all'arto superiore di D. Con la stimolazione meccanica lieve del N. facialis non si ottiene il fenomeno di Weiss mentre lo si ottiene debole con una stimolazione alquanto forte.

L' indomani, nonostante il miglioramenio effettivo, l' inferma desiderosa di sottoporsi alla cura del prof. Arcangeli entrava, raccomandata da noi stessi al VII. Tad. del Policlinico, da lui diretto. Il prof. Arcangeli concordò nella nostra diagnosi e in base ai suoi concetti ripetutamente illustrati istituì la cura calcica, con non molto risultato però, tanto da coadiuvarla con una comune cura arsenicale. Inutile dire che le comuni indagini diagnostiche sortirono anche qui esito negativo.

Sul finire dell'ottobre la P. tornava a frequentare il nostro Ambulatorio mostrandosi in complesso migliorata: scomparsi completamente erano i movimenti coreici.

Io la perdei di vista all'epoca del mio trasferimento qui sul f[illegible] del primo semestre 1922: in una mia breve visita all'Ambulatorio ebbi occasione di incontrarmi nuovamente con la P. che, dopo lunga assenza, vi accompagnava una sua amica: mi riferì ella stessa di non aver avuto che rare e minime riacutizzazioni del male, tali da passare inosservate e da potersi considerare clinicamente guarita.

***

Quanto ora può dirsi intorno a questo caso in cui la sindrome coreica, che ad un certo punto interviene a complicare la tetania è qualcosa di non bene estrinsecato, di non definito clinicamente? Che cosa può dirsi ancora intorno al problema che ne scaturisce della coesistenza e più ancora della origine unica dei due quadri morbosi?

Scartata fin dal primo momento la ipotesi di una corea tetanoide di Gowers che oggidì si identifica con la malattia di Wilson, per la mancanza del tremore involontario, delle disartrie e infine per il decorso stesso della malattia, rimane da accettare ia coesistenza delle due malattie tal quale ci venne segnalata in alcuni rari casi da Triboulet in Francia, e da Curschmann in Germania, e come ci venne da molti autori segnalata nelle coree sperimentali. (Babonneix)

Pensammo in verità ad una comune natura funzionale e precisamente isterica delle manifestazioni morbose appartenenti ad ambedue i quadri sintomatologici, ma i precedenti anamnestici e i segni peculiari della eccitabilità meccanica e dell' ipereccitabilità elettrica ci permisero di escludere questa ipotesi.

Ed allora tale coesistenza è imputabile ad una unica causa morbosa che concilii insieme la natura infettiva della corea e i complessi fattori endocrini che oggi mettiamo a base della Tetania?

Arcangeli aveva già concluso alcune sue osservazioni sulla cura calcica della Tetania, cura che oggi assume per le molteplici ricerche biochimiche aspetti e valori nuovi, con il supporre che l'agente patogeno della tetania degli adulti appartenga ad un gruppo di germi patogeni che comprenderebbe anche quelli dell'osteomalacia, del rachitismo articolare acuto e cronico, e che questi germi, che ama designare con il nome di osteofili, abbiano una affinità elettiva per l'apparato tiro - paratiroideo.

Può il nostro caso in cui è evidense l'associazione di una corea relativamente abortiva, con una manifesta tetania considerarsi come una riprova del suo asserto?

Io non saprei affermarlo, sia per difetto dell'esame anatomo - patologico la cui evenienza fu fortunatamente resa impossibile dall'esito in guarigione, sia per mancanza di controllo endocrinologico e biochimico che furono in parte impossibilitati dalle necessità ambulatoriali e in parte da mancata conoscenza dei recentissimi dati biochimici sull'argomento, di cui molti sono anche posteriori alla nostra osservazione.

Certo, già Frankl - Hochwart nella sua monografia sulla Tetania, pubblicata nel Trattato di Leyden Klemperer, dopo aver richiamato la sua precedente opinione sulla origine infettiva a base epidemico - endemica della malattia assegna alle malattie infettive acute ruolo di cause predisponenti non più determinanti, e ciò in seguito alle più importanti nozioni acquisite sulla Tetania da aparatiroidismo da Schultze, Hoffmann, e dal nostro Vassale.

Se si pensa che questi e la sua scuola (Zanfrognini) danno anche alla corea significato di sindrome di ipoparatiroidismo correrà facilmente il pensiero a quelle anomalie organiche cui spetterebbe se-

condo Pende valore di creatrici di una diatesi spasmofilica speciale su cui facilmente si sviluppano sindromi nervose ipersteniche diversissime come l'elampsia infantile, l'epilessia, la corea, i tics, le mioclonie, i tremori. Recentemente anche C. Ventra riportava, esaurientemente, ad origine e natura endocrine talune sindromi epilettiche occorse alle sua osservazione.

Voler negare queste concessioni espresse così autorevolmente, tanto più che è fuori dubbio ormai il sostrato aparatireoprivo della Tetania, serebbe, oltre tutto, ostacolato dal caso stesso surriferito in quanto la Corea abortiva sarebbe subentrata nel corso della tetania e non l'avrebbe preceduta.

Tale concezione sembra urtare contro il fatto ormai acquisito, sin dalla memoria di Gennaro Sèe e ancor ieri ribadito da Babonneix e da Taccone della natura infettiva della Corea, reppresentata principaimente dalla triade: reumatismo — presa la parola nel senso più largo —, sifilide — quasi sempre ereditaria — encefalite letargica tanto più che per una origine reumatismale comune deporrebbero n caso riportato le abituali occupazioni di donna di casa di povera condizione e spesso di lavandaia, e il decorso del quadro morboso.

Ma intanto il carattere ii disfunzione endocrina è manifesto nella nostra malata: e l' insorgere del quadro della Tetania poco prima della pubertà, fatto che già Rabaud aveva considerato come premonitore della comparsa della mestruazione, lo sviluppo manifestamente abnorme della tiroide, la facies e le mani succolente e cianotiche e altri fenomeni a carico del sistema nervoso vegetativo quale il frequente senso di vampa al viso ne sono dei segni chiari ed indubbii.

Possiamo riportare ad essa le moderne vedute di biochimica sulla disionia calcica da una lato, e sulla tossiemia guanidinica dall'altro?

A parte che ricerche in questo senso non furono eseguite per le ragioni esposte in principio è probabile che da esse non sarebbe venuta gran luce.

Sarebbe stato certo interessante riscontrare nel manifestarsi della sindrome coreica quale sarebbe stato il comportamento di quel rapporto $\frac{Co_3 - NaH}{Co_3 H_2}$ che Freudenberg e Giörgy mettono a base della loro interpretazione del deficit calcico nella Tetania.

Per essi l'unione del Calcio con i colloidi può essere turbata quando si modifichino sia la concentrazione in Ca - ioni sia il Ph del sangue, sia la proporzione dei ioni fosfati. acetati, nitrati e bicarbonati, sia infine il contenuto in derivati proteici (guanidina, creatina).

Tale modificazione che si manifesta come un aumento del rapporto $\frac{Co_3 - NaH}{Co_3 \ H_2}$ provoca diminuzione nel sangue di Ca-ioni liberi di modo che i tessuti si impoveriscono di contenuto in Ca e di rimando viene a mancare quella azione riduttiva della eccitabilità neuro - muscolare che viene attribuita come peculiare ai Ca - ioni prima ancora che dalle recenti indagini di laboratorio dalla esperienza terapeutica che ha consigliato con costante successo cure di Calcio anche nella epilessia.

Vedute di una genialità seducente, accompagnate da numerose documentazioni probative anche nel riallacciarsi che fanno alla teoria endocrina col dare sede al ricambio calcico nelle paratiroidi per modo che l'aparatiroidismo sia morfologico che chirurgico e — aggiunge il nostro caso — la disfunzione tiroidea di possibile origine infettiva siano cause di una perdita eccessiva di Ca, e di una sua disionizzazione o dì un turbamento secondo Nothmann e Wagner dei rapporti fra Ca - cationi e Po - anioni.

E d'altro canto si ricongiungono alla teoria della tossiemia guanidinica (più propriamente dimetilguanidina) di Noel Paton e Findlay, ammettendo che quando non vi sia squilibrio acidi - basi, siano i derivati proteici a provocare l'unione dei Ca - ioni liberi con i colloidi, diminuendo così il contenuto in Ca dei tessuti.

Di maggiore importanza data la concomitanza dell'età pubere sarebbero state anche le ricerche del contenuto in fosfati del sangue, che Elias e Spiegel hanno trovato notevolmente aumentato nella Tetania degli adulti, fatto questo che Freudenberg e Giörgy accusano come causa della disionizzazione del calcio del sangue, e la ricerca del rapporto $\frac{Na + K}{Ca + Mg}$ di cui Loeb ha mostrato l'importanza nella spasmofilia dei bambini e in cui Grünwald ha sperimentalmente dimostrato la nocività della preponderanza del Na.

Ma anche che alcalosi o acidosi, tossiemia guanidinica, disionia calcica e flocculazione secondo le vedute sinteticamente espresse dal Brugia nei riguardi della epilessia, fossero stati dimostrati rimaneva sempre da chiarire quale il momento etiologico della Tetania nella nostra inferma e quale la correlazione sua con la sindrome coreica intercorsa.

E' essa da vedersi sotto la visuale di un unico agente morboso e quale? A me sembra che poss piuttosto propendersi per una associazione dei due processi morbosi, interferentisi e sovrapponentisi quasi, per quella particolare labilità del sistema neuromuscolare cui biochimici ed endocrinologi assegnano notevole importanza nella patogenesi della Tetania, e cne da questa aggravata ha fornito ottimo sostrato per la sindrome coreica nella sua genesi infettivo reumatica.

Ma certo il caso non è talė da portare luce maggiore e non avrebbe valso la pena di riferirlo se accurate ricerche non mi avessero dimostrato o la rarità dell'associazione morbosa o la trascuranza con cui essa viene riguardata dagli autori e se non fosse compito degli osservatori modesti di segnalare anche le zone oscure perchè ivi converga la luce dell'indagine clinica.

Aquila degli Abruzzi, Febbraio 1926.

BIBLIOGRAFIA

ARCANGELI — *Cura della Tetania col Cloruro di Calcio* (Boll. Società Lancisiana degli Osped. Roma. Anno XXX. Fasc. I.)

BABONNEIX — *Les chorèes* (Flammarion Paris 1924).

VASSALE — *Fisiopatologia delle ghiandole a secrezione interna* (Modena 1914).

FRANKL - HOCHWART — *Tetania degli adulti* (in Leyden - Klemperer Clinica contemporanaa Soc. Ed. Libraria 1909).

MASSALONGO — *Tetania* (in Trattato Ital. Patol. e Ter. Medica di Cantani e Maragliano Vol. II. parte V. Ed. Vallardi).

PENDE — *Endocrinologia* (Ed. Vallardi).

C. VENTRA — *Sindromi epilettiche di natura endocrina* (Il Manicomio 1924 N. 2).

BELLONI — *Un caso di Tetania* (Note e Riviste di Psichiatria 1923. Vol. XI. N. 2),

RONDONI — *Biochimica* (U. T. E. T. 1925).

ROUILLARD — *Pathogénie de la Tetanie* (Presse médic. 26 - 9 - 23).

TACCONE — *Etiopatogenesi della corea del Sydenham* (La Medic. Ital. febbraio 1925).

FREUDENBERG e GIÖRGY. — (Biochemie Zeitschr. Vol. CXXIV).

GREENWALD — *The supposed relation betwen alcalosis and Tetany* (Journal Biol. Chem. Octobre 1922, Pag. 285).

BRUGIA — *Patogenesi e cura dell'epilessia* (Note e Riviste di Psichiatria settembre dicembre 1924).

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DELL' AQUILA
diretto dal Prof. FRANCESCO DEL GRECO

Contributo alla casuistica dei Postumi Psichici della Encefalite Epidemica con riferimenti medico legali.

Dr. ALESSANDRO ALESSANDRINI
Medico di Sezione

Poi che la Encefalite Epidemica venne completamente sviscerata sotto molteplici aspetti della sua sintomatologia e della sua nosologia, rimanendo solo tuttora adombrati taluni caratteri etiologici e patogenetici, può sembrare superflua la illustrazione di alcune peculiarità di decorso e di aspetto che venga ad aumentare la copiosissima letteratura esistente sull'argomento.

Ma mi lusingano all'esposizione alcuni fatti riguardanti il complesso dei casi o taluno di essi.

Un primo ordine di fatti viene dalla considerazione del come la encefalite epidemica abbia relativamente, dico relativamente, risparmiata la nostra Provincia per trarne illazione sulla relativa frequenza della sindrome psichica contemporanea o postuma o, talora anche, premonitrice.

Le cifre infatti raccolte dalla Direzione di Sanità Pubblica per denunzie di casi di Encefalite Epidemica, in Italia, recano: (1)

anno	1920	5009
»	1921	286
»	1922	477
»	1923	277
»	1924	617
»	1925	526

Di questo totale di 7192 denuncie ben poche spettano alla nostra Provincia essendosi verificato sempre il maggior numero di casi nelle provincie fornite di centri urbani popolosi e con addensamento di popolazione (Milano, Roma, Genova, Como, Firenze, Trento, Perugia ecc.). Non è pertanto da presumersi errata la cifra di un centinaio circa di casi da assegnarsi alla nostra Provincia, in che concordano anche le impressioni di molti colleghi.

Va naturalmente avvertito che dette cifre per quanto ufficiali devono essere considerate come largamente approssimative in quanto deve ritenersi che moltissimi casi sieno andati confusi nella pandemia influenzale e nei suoi strascichi, sia nei riguardi della identificazione diagnostica della malattia tutt'altro che facile in condotte disagiate e lontane da molti soccorsi dell' indagine clinica e di laboratorio, sia nei riguardi della denunzia resa tardivamente obbligatoria e spesso omessa per una non certo lodevole trascuranza o per altri motivi.

Ciò nonostante, quando si paragoni ad esse la cifra dei casi ammessi nel nostro Ospedale risalta subito come la sindrome Psichica almeno per quanto riguarda l'Abruzzo Aquilano sia alquanto più diffusa che non sembri a prima vista, quando vi si aggiungano tutte le manifestazioni psicopatiche transitorie, curate a domicilio e tutte quelle che, per comodità di trasporti o di assistenza, sono andati ad aumentare la casistica delle grandi città vicine.

(1) Bollettini Sanitarii del Ministero dell' Interno.

Un secondo ordine di fatti è quello che riguarda la insorgenza della sindrome psichica più o meno subitanea, più o meno clamorosa e definita, in molti dei casi nonostante una genesi subdola che in due di essi ci è dato solo di affermare per la decisa sindrome parkinsoniana postencefalitica che si è venuta stabilendo ogni giorno di più in Ospedale.

Un terzo ordine di fatti sta nella considerazione che moltissimi autori che in libri o riviste hanno posto in luce i numerosi sintomi e postumi psichici dell'Encefalite Epidemica hanno particolarmente insistito ad illustrare la loro presenza nell'età infantile, nell'età pubere e nella prima giovinezza, il che farebbe supporre che essi sieno meno frequenti o trascurabili negli adulti. Le ultime illustrazioni di Briand, di Leone, di Wimmer con l'allargare la casistica sembrano però portare di già una notevole modificazione a questo stato di cose.

Ciò detto ritengo opportuno esporre anzitutto i casi che meritano qualche illustrazione.

I. Caso — Sch. 1893 Uomini — *Ant. Francesco* di anni 40, da Spedino di Borgocollefegato, ammesso l'8 agosto 1922 per ordine del Giudice Istruttore presso il Tribunale di Aquila come periziando per avere il 5 luglio precedente ucciso una povera vecchia a colpi di rasoio.

Non risulta eredità psicopatica, nè neuropatica: i genitori sono morti ambedue di malattie comuni: due fratelli sono viventi e sani.

Il paz. ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia; non risulta che abbia sofferto malattie degne di nota nella gioventù nè posteriormente. Ha prestato servizio militare ed ha partecipato alla guerra.

Nega contagio venereo: coniugato, la moglie ha avuto tre gravidanze a termine e nessun aborto: i figli sono viventi e sani.

Bevitore di vino: in media 1-2 l. pro die.

Nell'agosto 1920 avrebbe presentato sintomi neurastenici tali da indurre i parenti a farlo visitare da un clinico.

Dopo breve remissione avrebbe presentato nuovamente uno stato depressivo ma pochissimo accentuato tanto da essere avvertito dai suoi

solo ora che viene richiamata la loro attenzione sul fatto, mentre gli permetteva di accudire egregiamente alle sue faccende.

Improvvisamente la sera del 4 luglio 1922 non fece ritorno in casa donde si era allontanato nel pomeriggio: i familiari preoccupati non riuscirono a rintracciarlo.

Il giorno seguente alle 16 circa i RR. CC. vennero avvisati che l'Ant. era stato veduto nei pressi del paese in atteggiamento minaccioso, armato di una lama di rasoio sporca di sangue, con la quale risultava che avesse poco distante ucciso una povera vecchia, tal Sper. Ben. Effettivamente, accorsi i militi, la Ben. fu trovata già morta e in un boschetto vicino, guardato a vista da compaesani, fu arrestato senza che opponesse resistenza l' Ant. Aveva due ferite da taglio all' avambraccio S. che dichiarò di essersi prodotte in un tentativo di suicidio compiuto il giorno innanzi quando, sembrandogli che il paese si fosse sollevato contro di lui, si era allontanato da casa per cercare la morte, ma sospese il tentativo di suicidio, per desiderio di morire a casa sua, ave. girovagato tutta la notte mangiando un solo uovo.

Incontrata la Ben. questa gli avrebbe detto che i suoi lo cercava per farlo mangiare dai cani, mentre in paese si ballava per la sua scomparsa. Detto tutto questo concitatamente ricadde in mutismo nè mostrò di ricordarsi di altro, mentre risultò che poco dopo l' omicidio, incontrata un'altra donna l'aveva presa per i capelli e l'avrebbe finita se non fosse accorsa gente.

Al momento del suo ingresso risultò:

Lieve asimmetria cranio-facciale e stenocrotafia. Due vortici del capillizio molto lateralizzati in corrispondenza dell'occipite: nelle orecchie elice spianato nella porzione mediana. Scarso sviluppo nel sistema pilifero per tutto il corpo.

Ipotermia della cute specie in corrispondenza delle estremità.

All'avambraccio S. una cicatrice recente, trasversale, sulla regione dorsale del polso e altre due anche recenti e trasverse nella regione ventrale dello stesso.

Stato generale di nutrizione decaduto. Nulla a carico dell'apparato ghiandolare linfatico. Organi genitali normali.

Apparato circolatorio: Cuore in posizione normale e nei limiti. Pri-

mo tono sul focolaio della mitrale impuro: secondn tono aortico accentuato.

Apparato respiratorio ed apparato digerente nulla di anormale: nulla a carico degli organi addominali.

Tiroide non palpabile e non di sviluppo abnorme all' apparenza.

Sistema nervoso: Rigidità mimica facciale: ogni movimento si compie con estrema lentezza e facilmente si esaurisce.

Oculomozione binoculare e monooculare possibile in ogni senso senza peraltro che si raggiunga la escursione completa per tornare subito allo stato di riposo. Tremori nelle palpebre socchiuse.

Analogamente tremori insorgono nell'esame della motilità dei muscoli mimici: non risulta peraltro deficit nel campo di innervazione del VII.

La lingua viene protrusa con lentezza ed egualmente lenta è nei suoi movimenti, animati da tremori fibrillari. Allo stato di riposo appare leggermente deviata a D.

A carico della motilità attiva notasi negli aa. superiori e nel capo lieve resistenza. I movimenti attivi sono tutti possibili. Non esistono disturbi trofici. La forza muscolare è debole ovunque e facilmente esauribile.

Andatura lenta e fiacca: dietro-front indeciso. Oscillazioni nella posizione di Romberg e tendenza a cadere all' indietro.

Nulla a carico degli sfinteri anale e vescicale.

Riflessi rotulei ed achillei vivaci ed eguali bilateralmente: cutanei pronti.

Anisocoria (d > s) Iridi torpide alla luce ed all'accomodazione.

Dermografismo con fase vasospastica persistente.

Nulla a carico dei sensi specifici e della sensibilità generale all'infuori di un notevole ritardo nell'appercezione.

Bradilalia notevole: ma non disartrie.

Nella sfera psichica: Fisionomia rigida. Si muove e parla lentamente: attenzione, sia conativa che spontanea, labile. Percepisce le nostre domande con ritardo notevole, spesso bisogna ripeterle a voce alta. Non discorre spontaneamente.

E' orientato abbastanza nettamente.

Evoca prontamente il nome della moglie e tra lunghe pause quello dei figli, impacciato nel ricordarne il numero preciso.

Non sa perchè è stato condotto quì ed evidentemente dissimula riguardo al suo reato, che dice di non ricordare almeno nei suoi dettagli. Durante tutto il tempo di degenza ha mostrato contegno apatico, silenzioso, poco o nulla socievole. Ha coscienza oscura di esser malato: Non sa precisare la natura dei suoi disturbi e solo dice che ha dolore di testa e catarro alla gola e che si sente debole.

Urine: quantità e densità normale: assenza di albumina e di glucosio: non elementi anormali nel sedimento.

Stato attuale X — Facies immobile, amimica, cute untuosa, voce monotona. Non v'è disturbo della oculomozione nè della motilità servita dai nervi cranici, all'infuori di tremori nei muscoli periorali e nelle palpebre: talora nei primi anche qualche movimento ticchioso. Sguardo attonito per quanto sveglio. Notevole rigor nella motilità passiva: presente il segno di *Negro* nella estensione dell'avambraccio. Andatura a passi non molto lunghi, col tronco un poco incurvato in avanti, nella posizione di Bracht-Romberg oscillazioni con tendenza a cadere verso D.; accenno alla antero, retro e lateropulsione. Reflettività tendinea un poco vivace: nel rotuleo di D. più che in quello di S. id. id. negli achille. Non clono del piede nè della rotula. Non Babinski, non Oppenheim.

Pupille anisocoriche D. > S.: iridi torpide alla luce e all' accomodazione: riflesso corneale poco vivace: ammiccamento assente.

Scialorrea evidente.

Contegno indifferente apatico: freddoloso. Attenzione desta ma labile. Stereotipie nelle espressioni e nelle parole: talora si osserva la takifemia stereotipica di Claude con progressione di acceleramento e borbottio finale. Ritardo notevole nella percezione e nella ideazione. Memoria assai indebolita, con carattere lacunare. Affettività quasi nulla. Non impulsi.

Mangia: non è sudicio.

Nulla a carico degli apparati ed organi della vita vegetativa.

Urine: nulla di anormale. R.-W.: negativa nel siero sangnigno e nel Liquor: quest'ultimo presenta

*
* *

II. Caso — Sch. 1345, Donne — *Bell. Maria*, di a. 44, d. d. c. analfabeta, ammessa il 3 settembre 1922.

Coniugata, ha avuto tre gravidanze a termine con figli tuttora viventi e sani, un aborto. Mestruata regolarmente.

Non si hanno notizie amnestiche: si sa solo che ha abbandonato il tetto coniugale dopo che il marito emigrò in America e attualmente vive in unione irregolare.

Da qualche mese presenta delirii persecutorii a tinta depressiva con impulsi pantoclastici e incendiarii che essendosi fatti ora più frequenti e intensi ne rendono necessario il ricovero.

Costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione ben conservato con tendenza all'obesità. Scarse ed insignificanti note antropologiche degenerative.

Apparato respiratorio: nulla di notevole alla ispezione, percussione e ascoltazione, all'infuori del reperto di una lieve bronchite ad andamento cronico.

Apparato circolatorio: Cuore in posizione normale e nei limiti. Nulla all'ascoltazione.

Addome e organi addominali: Abbondante pannicolo adiposo addominale senza punti dolenti alla pressione combinata. Fegato e milza nei limiti: i reni non si palpano.

Organi genitali da pluripara senza alcuna alterazione.

Tiroide manifesta: non si palpa.

Urine: traccia di albumina. Non glucosio. Nulla nel sedimento. R. W. nel sangue e nel liquor negativa con 3 antigeni.

Sistema nervoso: Facies amimica: Scialorrea con scolo di saliva dagli angoli labiali. Sguardo vivido, ma un poco attonito.

Rima palpeprale D. meno ampia della S: oculomozione monoculare OD. lieve paresi del *rectus inferior* con *strabismus deorsum vergens* e lievemente *divergens*. OS. paralisi di tutti e tre i mm. recti con manifesto *strabismus divergens*. L'oculomozione binoculare dà presso a poco

gli stessi risultati. Pupilla ampia, rigida alla luce. Lacrimazione abbondante: epifora. Tremori nelle palpebre socchiuse.

Lieve deficienza nel VII. inferiore D: tremori grossolani nei muscoli periorali.

La motilità attiva e passiva del capo si compie bene.

Arti superiori in atteggiamento parkinsoniano: notevole rigor alla motilità passiva: netto senso di scatto nella estensione dell'avambraccio in corrispondenza del tendine del bicipite (sintoma di Negro).

Analoga resistenza si incontra nei movimenti passivi degli aa. inferiori.

I movimenti attivi sia negli aa. superiori che inferiori sono tutti possibili, ma si compiono con estrema lentezza. Non vi è adiadococinesia.

Negli aa. allo stato di riposo qualche movimento involontario di tipo coreico.

Andatura titubante, a piccoli passi; la P. preferisce stare in letto o sdraiata sul pavimento. Nella posizione di Bracht-Romberg evidenti oscillazioni dall'avanti all'indietro, che si rendono più manifeste con l'espediente di Oppenheim. Accenno alla antero e retropulsione.

Reflettività tendinea presente, eguale bilateralmente. Debole la cutanea.

Sensibilità generale torpida in toto.

Visus a S. molto più ridotto che a D. Analogamente il campo visivo si mostra a S. più concentricamente ridotto. Nella visione binoculare di lateralità vi è accenno di diplopia.

Il resto della sensibilità specifica non mostra notevoli alterazioni.

Stato Psichico. Giuoco mimico nullo, contegno di persona che prende interesse all'ambiente, voce lamentosa: loquela difficile a scatti, stentati. Attenzione desta: percezione discretamente pronta: ideazione torpida. Orientamento un poco rudimentale. Frequenti sono i disordini sensoriali con allucinazioni auditive e subito si disfrenano impulsi violenti e la P. si lancia contro altre malate e contro le infermiere tentando di far loro del male.

Al momento dell'ingresso era maggiormente confusa e sembrò presentare idee deliranti di grandezza: «mi ha portato qui il Re che deve

venirmi a riprendere » ma dopo i primissimi giorni non pronunziò più alcuna frase del genere.

Attualmente è andata sempre più decadendo nel fisico e non si alza più di letto anche per un forte aumento del rigor. Anche i poteri psichici sono assai decaduti e si è venuto stabilendo uno stato subdemenziale.

*
* *

III. Caso — Sch 1492. Donne — *Gr. Mariantonia* da Villalago, di a. 33, d.d.c. analfabeta, ammessa il 19 maggio 1924.

Non risulta eredità psicopatica nè neuropatica, per quante ricerche siano state fatte. Padre e madre morti di malattie comuni per quanto non nettamente precisate.

Mestruata regolarmente è andata a marito ad uomo sano e robusto che nega lues e blenorragia, all'età di 26 a., ha avute tre gravidanze a termine, e i figli morirono in tenera età di malattie imprecisate: nessun aborto. Il marito emigrò in America donde tornò recentemente.

Non ha sofferto malattia degna di nota, all' infuori dell' encefalite epidemica che avrebbe sofferto nel 1921 secondo quando ci informa il medico condotto: con ipercinesia iniziale e periodo di letargo susseguente.

Da un anno circa avrebbe incominciato dapprima saltuariamente poscia in modo continuo e progressivo a presentare cambiamento di umore e di contegno: mentre prima era buona e brava madre di famiglia cominciò ad abusare di alcoolici, a contrarre qualche illecita relazione mentre si faceva aggressiva contro il marito che insultava frequentemente con turpiloquio variopinto e spesso percuoteva, in preda a delirii pantoclastici. Facilità esterna ad addormentarsi.

Al suo ingresso nulla si rileva dei fatti organici della progressa encefalite e tutti gli organi ed apparati della vita vegetativa e di relazione sono in perfetto ordine.

Ebbe ed ha tuttora contegno riottoso, intollerante di ogni freno e di ogni moderazione, facile ad investire con oscenità il personale di assistenza e persino i sanitarii, pronta a menare le mani contro le compagne. Abitualmente esibizionista si lascia andare a lubriche narrazioni in cui è evidente una larga partecipazione inventiva di elementi personali.

Per i suoi manifesta l'odio più vivace tanto che si è dovuto invitarli a non venire più a trovarla: tra l' altro accusa il marito di farla star male.

Anche gli esami comuni di laboratorio non hanno dato risposta soddisfacente. Urine senza albumina nè zucchero. R. W. negativa nel siero di sangue e nel Liquor.

***

IV. Caso — Sch. 1380 — *Ant. Annunziata* di anni 12 da Cittaducale. Ammessa il 16 marzo 1923 prov. dal Manicomio di S. Maria della Pietà in Roma, ivi trasferita dall' Ospedale di S. Giovanni dal Marzo 1922.

Nonno paterno epilettico: madre irascibile ed impulsiva.

Genitori viventi e sani: il padre nega lues: la madre ha avuto quattro gravidanze di cui due ebbero esito in aborto.

La P. ha avuto allattamento e sviluppo regolare: ha sofferto i comuni esentemi; i parenti non le lesinavano il vino.

Nel gennaio 1921 la fanciulla ebbe un periodo di agitazione psicomotoria che durò due o tre giorni cui seguì letargo di 2-3 mesi con febbre. Quando questo stato risolse residuò un lieve indebolimento dell'arto superiore S.: dopo 2-3 mesi quando la P. era in via di miglioramento comparve pure una paresi all' arto inferiore dello stesso lato. Nel Natale del 1921 la P. cominciò a presentare atti impulsivi e strani: sputava in faccia alle persone, si stracciava i panni di dosso, scappava di casa, rompeva quanto le capitava sotto mano: bestemmiava e si ubriacava.

Costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione un poco scaduto: colorito della pelle terreo, aspetto della cute untuoso.

Facies amimica: dimostra una età superiore a quella che ha effettivamente.

Scialorrea, sudorazione, mani fredde: seborrea.

Nulla a carico degli organi della vita vegetativa.

Non disturbi dell'oculomozione. Tremori nei muscoli periorali e nella lingua protrusa. Va soggetta a crisi di tremori generalizzati. La

motilità passiva è ostacolata da un notevole stato di rigor: anche la motilità attiva talora ne risente.

Ipereflettività bilaterale. la paresi dell'arto inferiore di S. è appena accennata.

Urina in quantità normale: albumina assente, glucosio id.

R. W. (eseguita nel Manic. di Roma) negativa.

Stato psichico: Contegno molesto: insulta, sputa contro le malate e le infermiere, subito dopo va ad accarezzarle e d'un tratto tira loro i capelli. Narra di essere presa da irresistibili impulsi pantoclastici, durante i quali è costretta a colpire, rompere, gettare via quanto le viene a portata di mano: di fronte a un vetro una voce le dice: « dà un pugno là » e ciò anche a costo di ferirsi come le è avvenuto talora: a casa aveva rotto tutti i piatti e tali cose riferisce ridendo.

Di notte è insonne e la sua agitazione aumenta: chiama le infermiere, fa loro dispetti nella esecuzione dei quali il personale assicura che è fulminea e di una astuzia assolutamente non comune.

Ha assenza di pudore, si masturba frequentemente.

E' euforica: presenta ideorrea e verborrea, azioni di contrasto, collezionismo, coprolalia, abitudine alla bestemmia.

Attenzione vivace, percezione pronta, orientamento buono, ideazione normale: buona memoria, scarsa affettività familiare.

Sa di essere malata: ma non le dispiace.

Talora è sudicia.

*
* *

V. Caso — Sch. 2233 Uomini — *Mo. Giocondo* di anni 37 da Assergi, manovale, amm. il 24 agosto 1925.

Non esiste eredità psicopatica. Padre morto di broncopolmonite. Madre vivente e sana: non ha avuto aborti: tre figli di cui il P. è il 2.° nato: gli altri godono buona salute.

Nella anamnesi personale vi è tifo addominale nell' infanzia, non lues, non abuso di vino nè di alcoolici. Emigrò in America dove contrasse matrimonio: la moglie ha avuto quattro gravidanze a termine senza aborti: figli viventi e sani.

Rimpatriato nel 1919, sul finire dell'anno, cadde poco dopo malato

di encefalite letargica con il quadro classico della malattia. La malattia durò oltre un anno, ma nel 1922 era giá talmente migliorato da ritordare in America. Quivi però insorsero forti tremori nelle braccia in cui si venne stabilendo anche paresi, e disturbi oculari (diplopie, ballamento dei bulbi ecc.) per cui rimpatriò nuovamente nel 1924.

Dopo il rimpatrio ha presentato sempre tono dell' umore un poco depresso, ha però seguitato a curarsi degli interessi di famiglia pur non potendo lavorare. Solo in questi uttimi giorni si era fatto un poco litigioso e si dava a corse e fughe che mettevano a dura prova gl' inseguitori. La mattina stessa del suo ricovero alzatosi di scatto da letto ha preso corsa precipitosa verso un vicino fossato e si è gettato nell' acqua venendone estratto subito per il pronto accorrere di persone presenti alla scena.

Costituzione scheletrica regolare, Stato di nutrizione buono. Facies amimica, untuosa, scolo di saliva dagli angoli labiali.

Nulla a carico degli apparati ed organi della vita vegetativa.

Polso regolare ritmico a pressione.

Facilità a sudorazione profusa.

Oculomozione — Allo stato di riposo i bulbi oculari tendono ambedue a portarsi in alto e verso l' interno tanto che al P. occorre abbassare ogni tanto passivamente la palpebra superiore d'ambo i lati per ricondurre i bulbi nel meridiano orizzontale. Non risulta Ptosi a bilancia.

Sperimentando sia l'oculomozione monoculare che quella binoculare nei diversi meridiani i movimenti riescono tutti possibili salvo incompleta escursione nello sguardo di lateralità verso D. Per quanto però il P. affermi di avere presentato diplopia non ci riesce, con gli scarsi mezzi a disposizione, di provocarla.

Nell'atto di digrignare i denti risalta deficienza lieve del VII. inferiore di S. ed insorge tremore violento a larghe scosse nel labbro inferiore. La lingua protrusa mostra la metà D. un poco atrofica con evidenti impronte dell' arcata dentaria: la lingua stessa sembra un poco deviata verso D. (paresi del XII, di S.).

Arti superiori: mani in atteggiamento tipico parkinsoniano: avambraccio semiflesso sul braccio ed accostato al tronco: in seguito a somministrazione di ioscina i tremori sono accennati ma erano vivacissimi

e grossolani al suo ingresso. Notevole resistenza ai movimenti passivi: accenno al sintoma di Negro: i movimenti attivi si compiono limitatamente e sono facilmente esauribili in toto. Vivaci tremori oscillatorii nelle mani estese.

Arti inferiori: lieve resistenza ai movimenti passivi: i movimenti attivi sono tutti possibili.

Vivaci i riflessi periostei: vivacissimi i rotulei a D > S.: achillei id.

Pupille eguali di media ampiezza: iridi non reagenti alla luce nè all'accomodazione.

Riflessi congiuntivale e corneale torpidi: id. del faringe.

Disturbi varii delle sensibilità superficiali con carattere ipoestesico, che però non si riescono a individuare e delimitare.

Andatura rigida. Accenno all'antero e alla retropulsione con manifesta progressione accelerata nella corsa (sintoma del S a b a t i n i).

Stato psichico — Entrò lievemente eccitato, un po' attonito, depresso nell'umore. La eccitazione dileguò però nella serata stessa lasciando posto ad un perfetto orientamento, ad attenzione vivida, a lucidità di critica e di ideazione. La memoria buona per tutto il resto è un poco confusa circa il gesto insano compiuto: vi sono dei chiaroscuri che danno aspetto di memoria lacunare.

Il tono dell'umore seguita però sempre ad essere alquanto depresso: chiede con insistenza di essere guarito o migliorato specie per quanto riguarda i sintomi che gli sono più noiosi: quali le anormali posizioni degli occhi, la scialorrea e il tremore degli arti superiori.

Completamente riordinato psichicamente si accede dopo pochi giorni alle insistenze della famiglia riconsegnandolo alla moglie.

*
* *

VI. CASO — Sch. 1373 Donne — *Cann. Giovanna*, nubile, di a. 24 da Cittaducale, d.d.c. sorella del caso VII., ammessa il 23 febbraio 1923.

Nulla nell' anamnesi che riguardi eredità neuropatica e psicopatica ascendente e collaterale. Genitori viventi e sani.

Non abuso di vino. Non malattie degne di nota.

La P. calma, ordinata, laboriosa, affettuosa, cadde malata durante

il periodo della pandemia influenzale (1919) con torpore e sonnolenza preceduti da fatti ipercinetici di lieve entità.

Da allora si sarebbero manifestati torpore psichico, apatia, incapacità ad accudire ai propri bisogni elementari.

Il quadro neurologico dell' Encefalite Epidemica è completo: le condizioni organiche sono gravi: ha piaghe numerose da decubito: è difficoltata la deglutizione anche di materiali liquidi: il rigor muscolare è intensissimo: gli sfinteri sono paretici.

Psichicamente è calma, tranquilla, segue per quanto può con gli occhi quanto avviene intorno a lei, mostra di conoscere le persone che la circondano abitualmente. Parla stentatamente, quasi a scatti, faticosissimi: solo, sul finire, la frase diviene intelligibile. Non sembra abbia disordini sensoriali, nè impulsi.

Il suo stato viene progressivamente peggiorando e presto si stabilisce uno stato comatoso che la conduce a morte dopo appena 40 giorni di degenza presso di noi. Non fu potuta praticare autopsia per opposizione della famiglia.

*
* *

VII. Caso — Sch. 1374 Donne — *Cann. Iolanda* di a. 22, nubile, da Cittaducale, d.d.c. sorella della precedente, ammessa contemporaneamente il 23 febbraio 1923.

Anamnesi identica alla sorella: ammalò contemporaneamente ad essa.

Il decorso è stato presso a poco identico e analogo è all' ingresso il suo stato somatico grave e già compromesso, sebbene i primi giorni possa ancora alzarsi e camminare un poco per la corsia a piccoli passi titubanti.

Quadro neurologico meno evidente della sorella ma pur sempre manifestamente encefalitico. Paresi oculari, rigidità dei movimenti attivi e passivi: disturbi dell'equilibrio: difficoltà della deglutizione: iperreflettività: tendenza al clono del piede.

Psichicamente contegno calmo tranquillo, di persona non volontariamente isolata dal mondo esterno. Facies attonita, amimica: scialorrea. Attenzione desta, percezione tarda, difficoltà estrema nel dare risposte. Si mostra orientata. Presenta qualche disordine sensoriale a carattere

allucinatorio: dice di vedere molta gente estranea e fittizic intorno a lei, talora la mamma in atto di pettinarsi.

Non tarda a non potersi muovere da letto e sempre più peggiorando viene a morte a soli dieci giorni di distanza dalla sorella.

Anche di essa non si potè eseguire l'autopsia.

***

Tralasciando di occuparci dei due ultimi casi che nulla hanno presentato di particolarmente notevole nel campo psichico, che è quello di cui si vuole qui espressamente fare parola, all'infuori di un notevole grado di bradifrenia che è andato continuamente intensificandosi di pari passo con l'intensificarsi della sindrome organica, sbarazzeremo prima il terreno del caso IV.

Caso questo che individua completamente il quadro classico della perversione di carattere dei fanciulli tal euale ci venne descritta da Francioni, da Ruata, da Bolsi, da Ebangh Franklin e da Naville: ipercinesia, precocità sessuale, masturbazione, automatismi, incorregibilità, agripnia.

Recentemente Gilbert Robin, uno dei molti osservatori francesi che ha maggiormente sviscerato l'argomento della psicopatologia encefalitica infantile, rendeva un quadro sintomatologico che meglio non si sarebbe potuto adattare alla nostra inferma: « non c'è di essi fanciulli encefalitici persona più insopportabile, più « indisciplinata. Sono agitati di giorno e fino a tarda ora della notte: « corpo e spirito in movimento, hanno del coreico e dell'ipomaniaco: « troppo vivi nei loro propositi per non essere insolenti, troppo tur- « binosi e turbolenti per non essere laceri e sporchi nel vestire. « Alcuni si scorticano e si feriscono. Prendono gran piacere ad at- « tirare su loro l'attenzione, a farsi rimarcare per le loro incredibili « esigenze e prodezze.... Talora hanno delle vertigini e lo stato di « ebetismo che queste segue e prolunga, invece di calmarli può « contribuire ad abbandonarli senza controllo alle fughe, ai furti, « agli impulsi violenti ».

Par quasi a noi che l'abbiamo conosciuta di veder ritratta la nostra P. meglio, assai meglio di quello che l'arida storia clinica abbia potuto rendere.

Va notato peraltro che ad aggravare la condizione morbosa sta l'eredità neuropatica e quella alcoolica e l'abuso di vino che, purtroppo abituale nelle nostre campagne sin dai periodi dell'allattamento e del divezzamento — oh infaticabile, quanto vana lotta contro l'alcoolismo radicato in cento e cento superstizioni, in mille e mille credenze! — era nella nostra fanciulla ancor più intenso sì che possiamo considerarne come diretto effetto le tendenze dipsomaniache presentate durante la degenza in casa.

Detto ciò non si può certo asserire che il nostro caso si presti a portare luce meridiana nella dibattuta questione se l'Encefalite Epidemica sia tale infezione da portare su terreno vergine una completa perversione del carattere, o se, secondo recenti comunicazioni di Reboul Lachany, di Mlle Serin e di Cènac, debba la sua importanza etiologica restringersi ad una portata grandissima sì, ma sempre limitata, nella creazione di immoralità e di psicosi su terreni predisposti.

Noi crediamo che la tara eredoalcoolica e il vinismo individuale vadano interpretati come un fattore di peggioramento nel decorso oltre che una minorazione di resistenza individuale, ma non possiamo a meno di constatare come l'Encefalite Epidemica abbia completamente cambiato il carattere di questa ragazza per l' innanzi vantata come una buonissima e brava bambina dai suoi genitori.

In una parola, fatto il debito posto alle tare accennate noi troviamo anche nel nostro caso una conferma del concetto espresso da Ruata che, richiamata la evoluzione del cervello infantile ancora in via di formazione e di sistemazione, dà alla Encefalite Epidemica ruolo di disfrenatrice di sentimenti, passioni, istinti connessi all'età senza intervento, o raramente, di elementi abnormi (allucinazioni, ossessioni, ecc.).

E' in realtà lo stesso concetto cui si orienta Robin Gilbert quando, rilevato che nei fanciulli colpiti da Encefalite Epidemica sintesi e controllo intellettuale funzionano male e le tendenze istintive lasciate a se stesse si rivelano per la maggior parte antisociali rendendo evidente un automatismo psichico, si pone il problema se le funzioni lese non siano proprio quelle di controllo, di inibizione delle facoltà superiori, della coscienza morale. Concetto cui fa eco in via di ipotesi, che, certo, presenta sul terreno medico molti lati seducenti Lalande coll'adombrare il concetto non ancora illustrato se i fenomeni fisiologici concomitanti non manifestino anch'essi lo stesso carattere di liberazione di reazioni inferiori non coordinate.

* * *

Il caso V°. non ha di particolare dal lato psichico che il carattere remittente delle manifestazioni psicopatiche e la tardività della loro insogenza rispetto all'epoca della infezione.

Pee il resto è da segnalare la sindrome depressiva e il tentativo di suicidio, e a questo riguardo la dissimulazione conseguente per cui il tentativo stesso viene negato nella determinante volontà suicida ed altrimenti spiegato.

Trattasi quindi di fatti già acquisiti per moltoplici comunicazioni di Briand, di Truelle e Petit e di Dierich che mettono in luce, specialmente quest'ultimo psicosi ansioso depressive suicide, per cui non sembra che comportino ulteriore illustrazione anche dal punto di vista medico legale.

* * *

Il II°. caso è di una importanza anche se non rilevante, certo notevole per la insorgenza subdola della malattia che ha permesso di sospettare la pregressa Encefalite Epidemica solo dopo lo stabilirsi del quadro neurologico.

Evenienza non rara, largamente illustrata da Autori Tedeschi e Francesi e da noi rilevata già nel 1922 dalla D.ssa Bonarelli Modena e ampiamente dimostrata nella sua comunicazione in proposito al Congresso Freniatrico del 1923 in Roma, in perfetta concordanza con quanto chi scrive ebbe a rilevare nella copiosa statistica dell'Ambulatorio per le Malattie Nervose e Mentali della Congregazione di Carità di Roma diretto dai Proff. Giannelli e Mingazzini (1).

Degno di nota è anche il fatto della precedenza della sindrome psicopatica sulla recrudescenza questa volta ben netta della sindrome organica e l'apparizione in essa di taluni sintomi che tennero dubbiosa la diagnosi per contatti con la Paralisi Progressiva in fase di Demenza Paralitica. Un più attento esame e l'ulteriore decorso della malattia senza il ripetersi della asserzione di essere stata condotta qui dal Re e di doverne attendere il suo ritorno, ci hanno convinto che probabilmente non dovè trattarsi di idee deliranti di grandezza, ma di un contenuto abnorme e confuso di fatti sensoriali, o che, ad ogni modo, se germe di idea delirante vi fu esso ebbe carattere del tutto transitorio e inaridì ben presto.

La sindrome psicopatica che in questa malattia si è stabilita, in piena correlazione con la sindrome organica, ha molti punti di somiglianza con la sindrome bradifrenica ripetutamente descritta: rallentamento delle percezioni, ritardo nella espressione verbale e mimica, automatismi, talora aggressività.

***

Il caso III. è uno dei più interessanti.

In esso la sindrome organica ebbe apparizione fugace nè alcuna

(1) Queste risultanze che permisero al Giannelli e a me di selezionare un non piccolo numero di casi il cui inizio doveva in modo certo essere riportato al 1918-1919, vale a dire all'epoca della pandemia influenzale, anticipando così di molto l'insorgere epidemico in Roma dell'Encefalite, doveva formare anzi oggetto di una mia pubblicazione, e buona parte del materiale era gia raccolto senonchè il mio trasferimento qui e il forzato abbandono dell'Ambulatorio da parte mia hanno frustrato la buona intenzione, dato che non mi risulta che altri se ne sia occupato.

traccia rimane oggi, onde ove non ci soccorressero le notizie degne di fede del medico condotto potrebbe rimanere dubbia la patogenesi encefalitica della psicosi.

Non che tuttora essa sia decisamente assicurata, ma non ci sembra scorretto pensare che, oltre ad aver dischiuso la porta a possibili predisposizioni, per quanto esse siano sfuggite del tutto alla nostra indagine anamnestica, il momento etiologico encefalitico possa darci ragione dello stato psichico della P. che dovrebbe altrimenti, ma sempre poco chiaramente riportarsi ad uno stato amenziale o ad uno sviluppo paranoideo di una Scizofrenia. Si potrebbe porre, come ci siamo posti, ma, a dire il vero, senza risolverlo, il quesito se il nostro caso possa riferirsi a quei numerosi casi di sindrome mentale dell'Encefalite con apparenza di Demenza Precoce che sono stati descritti presso di noi da Modena e all'estero da Logre, da Kahlbaum (che accomunò le due malattie in uno stesso fattore comune di ordine muscolare tanto da denominare la demenza catatonica *Spannung Irresein* e la Encefalite Epidemica *Spannung Krankheit*) da Claude, da Briand, da Deny e Klippel, da Benda, e da Kahn.

D'altro canto la perdita di pudore, la prostituzione, gli abusi alcoolici a carattere quasi dipsomaniaco con furori erotici, le aggressività e la depressione dell'umore, il turpiloquio, l'esibizionismo, la perdita di ogni sentimento affettivo, l'apatia, il negativismo, il rifiuto al lavoro: in una parola il pervertimento del carattere buono e laborioso prima dell'encefalite ci riconducono alle forme comuni, specie nei bambini, di sindrome mentale postencefalitica.

E, in verità non sapremmo meglio restringere questo quadro morboso in uno dei tanti artificiosi scomparti creati dagli osservatori, anche perchè è poi comune a tutte le forme mentali e psicoorganiche dell'Encefalite Epidemica il più vario polimorfismo, di accordo in ciò con Wimmer, Briand, Laignel - Lavastine, ecc.

Notevole a nostro avvtso è invece nel caso in esame il riferimento medico legale. La vita leggera e disordinata della donna, l' ingrandimento delle sue avventure extraconiugali per opera di una certa tendenza mitomaniaca della P. ma più ancora per le inevitabili glosse del ristrettissimo ambiente paesano avevano determinato il marito dopo violente scenate in cui non sempre aveva avuto il sopravvento, all'abbandono della donna e ad iniziare pratiche per la separazione legale che rimasero troncate sul nascere dal sopravvenuto e inderogabile internamento della donna.

Ciò richiama alla memoria pur nel suo abbozzo medico legale il caso riferito da George Petit di una giovane sposa che aveva sofferto di una encefalite epidemica con disordini mentali più che altro appariscenti sotto forma di sentimenti di angoscia e di indegnità e che, condotta ciò nonostante a nozze, disertò seminuda il tetto coniugale il giorno stesso del matrimonio e fu rinvenuta in tali condizioni da dover essere internata in una casa di salute con grande scandalo del marito che pretendeva istruire un divorzio che gli venne naturalmente negato.

Il caso n. 1 è quello che presenta tra tutti il maggior interesse sia dal punto di vista della criptogenesi della encefalite epidemica dalla sindrome parkinsoniana oggi così evidente, sia da quello della reazione delittuosa, sia infine da quello, a quest'ultimo connesso, medico legale.

Non è infatti alcuna menzione nell'anamnesi di una encefalite epidemica, si sa solo che ebbe a constatarsi da parte di un clinico non certo incline a dare valorizzazione a questa sindrome di pubblico dominio ed abuso, uno stato neurastenico, nè era evidente lo stato parkinsoniano al momento del suo ingresso in Ospedale.

Oggi lo stato neurastenico ci appare facilmente interpretabile come un primo insorgere di sintomi psichici nel corso di un'ence-

falite epidemica a insorgenza ignorata e a decorso subdolo ma non fu certo facile allora sui pochi sintomi presentati della bradilalia, della bradifrenia e talaltro fatto neurologico come l' incompletezza di escursione dei bulbi oculari nei vari meridiani ecc., formulare la ipotesi della pregressa encefalite a insorgenza subdola e fugace.

Pur ricordando di volo la distinzione fatta da Truelle e Petit nella loro completa relazione al Congresso di Quimper sui Disordini Mentali dell'Encefalite Epidemica, in sintomi psichici, in sindromi psicopatiche e in forme psichiche e psicoorganiche rileveremo anzitutto con Wimmer quella parte della loro relazione che suona: « ...appena abbozzata la medicina legale delle forme « mentali apparisce già di un interesse di prim'ordine ».

Ciò nonostante la casistica oggi ricchissima di crimini connessi ad alterazioni mentali da encefalite epidemica o postencefalitiche cui hanno riccamente contribuito Briand, Petit, Laignel-Lavastine, Netter, Achard, Bremer, Wimmer, Dierich, Henri Roger reca pochi esempi in cui la reazione delittuosa antisociale sia stata spinta sino all'omicidio.

Staehelin, Briand, Colin ne hanno citato dei casi: il caso anzi di quest'ultimo fu rappresentato da un tentativo di omicidio in periodo di sonnambulismo: ma il più delle volte si tratta di attentati al pudore, di furti, di calunnie, di stupri, di suicidio, e, come già accennato in principio, in soggetti della seconda infanzia, dell' età pubere o della prima giovinezza, tanto da far già reclamare al Congresso di Besançon da Adam e Fréy la necessità di far esaminare sistematicamente i soggetti colpevoli di attentati ai costumi, soprattutto se si rileva nei loro antecedenti l'esistenza di una affezione encefalitica talvolta qualificata da sintomi semplicemente grippali.

Lo stato che dette origine alla reazione delittuosa fu evidentemente uno stato onirico allucinatorio a contenuto terrifico persecutorio, con confusione mentale.

L'amnesia lacunare che ne seguì è già stata segnalata da Truelle e da Petit.

Non v'ha d'uopo, io credo, di insistere sulla remittenza e sul ritorno di un certo grado di lucidità che rimane però a tratti, o sempre un poco obnubilata: e profonda è l'apatia che in uno con la bradifrenia domina il P.

*
* *

Esulerebbe completamente dal carattere volutamente ristretto alla casuistica, di questo contributo il voler risalire alle localizzazioni del processo infettivo e alle loro correlazioni con i fenomeni morbosi psicopatici. Molto cammino si è fatto in questo senso ma i nostri casi non ci autorizzano, diremo anzi ci lasciano perplessi di fronte a certe schematizzazioni fisio-topografiche.

Noteremo solo di sfuggita che per alcuni dei nostri casi potremmo accettare la ipotesi riassunta da Naville sulla sindrome bradifrenica (che questo autore considera con lo stato di Pazzia Morale una suddivisione degli stati mentali definitivi, postumi dell'Encefalite Epidemica), sindrome diversa dalla acinetica e che egli ritiene imputabile non a lesioni della corteccia ma a lesioni dei centri regolatori mesocefalici con alterazioni con dei poteri psichici, degli istinti ed emotività che ne dipendono.

Con la stessa riservatezza si esprimeva d'altronde anche recentemente Leone riassumendo al lume dei nuovi dati di fisiopatologia e di anatomia patologica l'enorme complesso di sintomi neurologici, neuro-psichici e neuro vegetativi fornitigli da nna centuria di osservazioni personali. Richiamata infatti la localizzazione quasi costante o almeno più frequente di reperti anatomo patologici nel locus niger (De Lisi) e la presenza in circolo di determinate sostanze tossiche sostenuta dal Buscaino egli ritorna sull'importanza dell'elemento psico affettivo nella genesi e nello svolgimento dei disturbi motori postencefalitici e sulla possibilità invo-

cata poscia anche da Bolsi che l'elemento primo che concilii tali disturbi con i disturbi psichici legati ad abnormità o libera estrinsecazione di istinti e di emozioni e con i disturbi di funzionalità endocrina che si spesso si accompagnano, stia in una unicità di sede della lesione nervosa specie a carico dei nuclei della base.

***

Un fatto però ci sembra in altro campo che meriti di essere segnalato ed è quello che in tutti i nostri casi all'infuori del II°. avemmo a riscontrare quella coscienza dello stato morboso che lo Petit segnala esservi nella Encefalite Epidemica con tanta frequenza e tenacità come in nessun altra psicopatia. Parziale o intera, intermittente o continua, talora con aspetto di riconoscimento dello stato organico patologico e non del disordine psichico, la coscienza dello stato morboso è stata dallo Petit messa in evidenza a spiegazione di quel carattere singolare di ambivalenza, di perplessità interrogativa analoga a quella dei fobici ossessionati che con l'aiuto della maschera parkinsoniana (figèe) distingue l'encefalitico e che ha molto spesso posto in dubbio simulazioni e pitiatismo.

Porremo anzi in rilievo che anche una delle varietà di questa coscienza di stato morboso, rilevate dallo stesso Petit, vale a dire quella che ammette il disordine psichico ma lo attribuisce a cause erronee (influenza di persone o di cose agenti direttamente sul corpo o sullo spirito) è presentata dal caso III in cui ricorre spesso l'accusa contro il marito di farla star male, per quanto ciò possa sembrare non più pertinente alla coscienza ma a deficienza di critica.

Questa coscienza dello spirito morboso depone per la natura tossinfettiva delle sindromi psicopatiche e psicoorganiche dell'Encefalite Epidemica. Le psicopatie tossinfettive infatti, per quanto gravi per l'organismo e per l'intelligenza, non modificano profondamente il nucleo personale dei sentimenti e l'orientamento che

da esso emana, mentre è questo nucleo quello che è pervertito nel *vero vesanico* cui toglie quindi la coscienza dell'essere malato. In questo non vi è (Del Greco) compattezza ed efficacia nei poteri di sana critica e dei sentimonti morali, e se uno stato di malessere viene avvertito lo si attribuisce e proietta o nel mondo esterno a individui vicini o lontani o immaginarii o a circostanze d' indole morale (persecuzioni, colpe, e reati insussistenti) o introspettivamente in quello o quest'organo.

Le psicopatie tossiinfettive, invece, con la violenza della sindrome coprono quel nucleo, più vicine quindi non alle *psicopatie*, ma alle *neurosi* che, secondo Del Greco, «alterando la sfera « neuropsichica, investono la personalità nel tono complessivo e nelle « estrinsecazioni, si complicano di una moltitudine di piccoli e gravi « disordini parziali, però non sopprimono in noi o turbano profonda- « mente quei rapporti interpsichici che ne rendono sociali »

Qui si limita il nostro contributo che non vuol dir cose nuove e che ha avuto per iscopo solamente di segnalare ancora, a dimostrarne la frequenza, talune evenienze di decorso e di evoluzione psicopatologica della Encefalite Epidemica perchè possa servire allo sviluppo ulteriore del processo analitico sintetico tuttora in corso sui rapporti tra Encefalite Epidemica, Psicopatologia e Medicina Legale.

Ma intanto a qualche conclusione, sia pur generica, ci sembra possano condurre i nostri casi:

1) La conservazione anzitutto di un notevole grado di lucidità all'infuori delle esacerbazioni depressivo angoscioso o impulsive, conservazione documentata dal senso di coscienza della malattia, che è comune a tutti i nostri casi, conferma ancor oggi, a distanza di anni dall' insorgere epidemico, e dal punto di vista della psicopatologia, la natura tossiinfettiva dell' Encefalite Epidemica e per-

tanto la sua non appartenenza al gruppo delle Psicosi propriamente dette aventi base nella deformazione della personalità.

2) La sindrome psicopatica postencefalitica degli individui che hanno raggiunto una certa maturità oscilla sotto il punto di vista psicopatologico tra lo stato subamenzialo di un indebolimento dei poteri psichici superiori il che spiega come i reati degli encefalitici e dei postencefalitici sieno per la maggior parte *reati di psichicamente minorati.*

3) nei giovani e nei bambini l'Encefalite Epidemica turba fatalmente lo sviluppo cerebrale, quindi vi è maggior degenerazione, antropologicamente parlando, dell'adulto e questa degenerazione può essere causa di alterata condotta o delinquenza.

4) talora, peraltro, quando impulsi e disordini sensoriali si esercitino su terreni predisposti per degenerazioni psicoereditarie, alcoolismo, emotività morbosa ed impulsività postbellica, può insorgere un raptus emotivo angoscioso che può trovare sbocco anche nello omicidio. Il caso I.° in cui vi è l'emotività e l'impulsività postbellica che ha fornito il sostrato all'impulso sanguinario in individuo, che tuttora nulla ha del criminale, ne è la riprova.

5) è accertato il riacutizzarsi, a distanza, di fatti psicopatici, o il presentarsi ex novo, a distanza di anni, di sindromi psicopatiche legate etiologicamente alla Encefalite Epidemica, che acquista per tanto andamento cronico anche mentalmente.

Aquila degli Abruzzi, Marzo 1926.

BIBLIOGRAFIA

1.) ADAME e FREY — *De la pèriode médico légale dans l' Encephalite Epidémique* — XXVII. congr. dei Medici Alien. di Francia. Besaçon, agosto 1923.

2.) BELLONI G. — *Contributo allo studio dei postumi neuropsichici della cosiddetta encefalite letargica* — Riv. Ital. di Neuropatol. Psich. Elettrot. - Vol. XIV, N. 2 - marzo-aprile 1921.

3.) BRIAND MARCEL — *Les troubles méntaux de l'Encépalite Epidémique au point de vue médico-légale* — Bull. de l'Acad. de Mèdic. T. 86. 22 nov. 1921.

4.) CENAC - *Pérversions séxuelles chez une malade atteinte d'Encephalite Epid* — Soc. de Med. Psychol. - Marzo 1924.

5.) CHAVIGNY e GELMA — *Les prodromes psycopatiques de l'Encephalite Epid.* — Bull. de l'Acad, de Médic. T. 85 - n. 30 - 26 luglio 1921.

6.) CLAUDE — *Troubles méntaux dans l'Enc. Epid.* — Soc. de Psychiatrie 15 luglio 1920. Encephale, settembre 1920.

7.) DEL GRECO — *Sui limiti della Psicanalisi in Medicina Mentale* — Note e Riv. di Psichiatria, 1925, N. 3.

8.) DENY e KLIPPEL — *Encephalite Epid. et apparence de Démence Precoce* — Revue Neurol. Anno XXIX. N. 4 aprile 1922.

9.) DIERICH A. — *Zur sozialen Bedentung der Enceph. Epid.* — Deuts. f. d. ges. vericht. Med. II, 1923.

10.) FRANK — *Forme cliniche ecc. dell'Encef. Epid.* — Arch. Gen. di Neurol. e Psich. - Anno 1920, Vol. I.

11.) EBANGH FRANKLIN — *Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic Encephalitis in Children* — Americ. Journal of Dis. of Children - Febbraio 1923.

12.) KALBAUM — Cit. da Leone.

13.) LAIGNEL-LAVASTINE — *Les troubles Psychiques de l'Enc. Epid.* — Gazette des Hopitaux, n. 25 e 26 - Marzo 1921.

14.) LEONE — *Considerazioni sulle manifestazioni psicomotorie dell'Encefalite Infettiva* — Annuario del Manic. Prov. di Ancona - Vol. XI, 1921-22.

15.) LEONE — *Considerazioni su di una centuria di casi di encefalite infettiva* — Note e Riv. di Psich. - Vol. XIII, n. 1. 1925.

16.) MODENA BONARELLI — *Forme larvate di Enc. Epid.* — Congresso di Freniatria - Roma, aprile 1923,

17.) MODENA G. — *Le manifestazioni psichiche dell' Encef. Infett.* — Riv. Sper. di Fren. - Vol. 44, luglio 1920.

18.) NAVILLE — *Les séquelles psychiques de l'Enc. Epid.* — Soc. Suisse de Psych. - Ginevra, luglio 1923.

19.) PETIT — *Encephalite Epid. et Divorce - Contribution a l'étude médico-légale des Formes Mentales de l'Enc. Epid.* — Ann. Med. Psichol. n. 5 - maggio 1921.

20.) PETIT — *La coscience de l'état morbide dans les formes mentales ou psychorganique de l'Enc. Edid.* — Soc. de Psychol., 18-1-23.

21.) SANCHIS BANUS — *Postumi mentali tardivi dell' Encef. Epid.* — Arch. Neurobiologia - Vol. III., n. 3, Madrid.

22.) STAEHELIN — Cit. da Wimmer.

23.) ROBIN GILBERT — *Les troubles méntaux du caractère liés a l'Enceph Epid. chez l'Enfant et le problème de la conscience morale* — Soc. de Psych., 15 nov. 1923.

24. ROBIN GILBERT — *Les troubles psychiques à evolution prolongée dans l'Enc. Epid.* — Journal des Med. Fran. - Anno XIII, maggio 1924.

25.) R[illegible]ER HENRI — *De la valeur médico-légale du Syndrome Parkins[illegible]n chez les jeunes pour le diagnostic d'une Encéphalomyélite mé[illegible]ue* — Bulletin et Memoires de la Soc. Med. des Hopitaux de P[illegible] - T. 38, n. 83, marzo 1922.

26.) RUATA — *Sull'encefalite epidemica e sul pervertimento del carattere, suo postumo, nei bambini* — Note e Riv. di Psich. - 1922, n. 2.

27.) WIMMER — *Contribut. à la* Med. *Lég. de l'Enc. Epid. Chron.* — Ann. Med. Psychol. A. 82. - 1924, febbraio.

28.) WIMMER — *Chronic Epidemic Encephalitis* — London, Reinemann ed., 1924.

29.) WIMMER — *Les troubles mentaux précurseurs de l' Enceph. Epid. chronique* — Ann. Med. Psychol. - Anno 83 - n. 4, aprile 1925.

MANICOMIO INTERPROVINCIALE « L. MANDALARI » DI MESSINA
diretto dal Prof. Dott. GUGLIELMO MONDIO

PSICOSI DA SIFILIDE

(Contributo etiologico, clinico e terapeutico)

per il Dott. ENRICO MONDIO

Dopo che accurati e valorosi osservatori hanno dimostrato che le localizzazioni nei centri nervosi da sifilide non sono necessariamente dovute al suo periodo terziario, ma che invece tali localizzazioni nervose molte volte possono avvenire in epoca relativamente poco lontana dall'infezione, da aversi, perfino, fenomeni cerebrali da sifilide nel periodo secondario, ed ancora in periodi vicinissimi alla infezione stessa, le pubblicazioni sull'argomento si sono notevolmente moltiplicate. Per modo che, oggi si ritiene ampiamente dimostrato che in tutti gli stadi della infezione sifilitica si posson avere localizzazioni nel sistema nervoso.

A cominciare dal caso di Kahler, di arterite cerebrale gommosa riscontrata al tavolo anatomico, mentre il sifiloma primitivo non era ancora cicatrizzato, fino ai casi di Ziemssen, Gilles de la Tourrette, Mendel, Oppenheim, Gower, Mingazzini, Panichi, Neumann, Fournier, Albutt, Pellacani, Angiolella, Galdi, Ferrarini ecc., in cui la infezione sifilitica dà appunto manifestazioni di localizzazioni nel sistema nervoso, sopratutto cerebrale, in ogni tempo, si ha infatti una estesa, confortante ed assai dimostrativa letteratura.

E ciò non solo per le localizzazioni del sistema nervoso, specie centrale; ma, in tempi ancora più recenti, non pochi studiosi si sono occupati a dimostrare, come dalla infezione sifilitica possano dipendere, in tutti gli stadi di essa, anche dei disturbi psicopatici, che un tempo si ritenevano propri, soltanto, del periodo secondario.

Non vi ha dubbio alcuno che fra gli stati infettivi - tossici generali, che possono dar luogo a manifestazioni più o meno gravi, di più o meno spiccate alterazioni della funzionalità mentale, sta in prima linea la sifilide. La quale, a secondo dei singoli casi, come interessa spesso or questo or quello dei vari sistemi o tessuti dell'organismo, spessissimo avviene che interessi proprio il sistema nervoso e sopratutto i centri cerebrali, provocando non solo processi arteritici, meningitici, ecc., ma ancora, a secondo le localizzazioni, dei disturbi spiccatamente psichici dando luogo a vere e proprie psicopatie.

*
* *

Per quanto, però siffatte psicosi sifilitiche siano state recentemente studiate e conosciute, ancora lasciano molto a desiderare, intorno, sopratutto, alla loro patogenesi, etiologia e terapeutica.

La maggior parte dei neurologi e psichiatri si sono occupati in tempi modernissimi, con considerevole sollecitudine ed entusiasmo, piuttosto dello studio dei rapporti possibili, e così lungamente discussi tra sifilide e paralisi generale, tra sifilide e tabe dorsale, tra sifilide e neoplasie gommose della cavità cranica, ecc. ecc. Ma, di quei disturbi psichici, invece, che si sogliono sviluppare, indipendentemente da quelle affezioni comunemente chiamate metasifilitiche o parasifilitiche, proprie del periodo terminale della sifilide; di quei disturbi psichici, ripeto, che sviluppandosi in qualsiasi periodo della sifilide rivestono aspetto non di progressivo decadimento delle facoltà mentali, ma di stati di eccitamento o di depressione o confusionale, non si sono invece che assai poco occupati. Mentre l'occuparsene risulta della massima importanza, rispetto

sopratutto alla terapia; quando si pensa che, essendo i disturbi psichici dovuti non a lesioni degenerative, ma a semplici alterazioni tossiche delle cellule nervose, causate dal sangue intossicato, possono con i moderni mezzi terapici antiluetici essere ridotte od eliminate, ridonando alle cellule così alterate la primitiva e normale funzionalità, facendo quindi scomparire i disturbi mentali e di conseguenza guarendo le psicopatie.

*
* *

La quistione delle alterazioni psichiche sifilitiche è da alcuni anni entrata in una certa attività promettente, ma ancora è lungi dall'essere definitivamente risolta. Dappoichè, se da un lato è diminuita quell'incertezza che prima regnava del campo delle loro delimitazioni, mercè i progressi dell'anatomia patologica della corteccia cerebrale, sapratutto dietro i lavori di Nissl e Alzheimer; se dall'altro gli esami citologici e specialmente sierologici ci hanno posto in grado di potere assicurarsi dell'esistenza di una sifilide in vita; ciò non pertanto bisogna studiare con tutta attenzione dei casi di psicopatie in sifilitici, per potere stabilire decisamente quale è il quadro di un tale processo morboso da rendere veramente verosimile l'esistenza di un rapporto causale tra le une e gli altri.

Kraepelin, nel suo trattato di Psichiatria, ha affermato che, come nel corso di intossicazioni e di infezioni acuate si notano dei disturbi psichici, di cui l'etiologia tossica od infettiva è evidente, così nel corso dell'evoluzione della sifilide si riscontrano dei quadri psichici di cui la natura sifilitica è più che verosimile. Lo stesso Autore svolgendo il predetto concetto di potere cioè, osservare a volte, nel corso dell'evoluzione della sifilide, dei quadri sintomatici psichici di non dubbia etiologia sifilitica, si intrattiene anzitutto della *neurastenia sifilitica* che si manifesta al principio o nei primi periodi della infezione, quindi della *pseudo-paralisi*

sifilitica con sintomi di confusione delirante, poscia di *stati maniacali* e dei casi di *psicosi di Korsakof*, infine, *delle forme paranoidi* con idee deliranti ed allucinazioni, sopratutto uditive.

Plaut nel suo studio « Über Hallazinosen der Syphilitiker » segnala a questo proposito delle forme acute: sono ora stati di eccitazione ansiosa che si terminano con la guarigione, ora delle forme croniche, che rivestono il più spesso la forma depressiva, e che si svolgono attraverso lunghi anni con dei ritorni al normale, e senza alcun accenno di debolezza mentale.

Wimmer nel suo lavoro « Malattie psichiche non sifilitiche in sifilitici » ritiene, invece, che per trovare verosimilmente un rapporto fra i disturbi psichici e la sifilide fa bisogno non solo che l'infezione sia nettamente rilevata clinicamente e sierologicamente, ma ancora che i disturbi psichici appartengano alla categoria degli stati confusionali (stati crepuscolari, deliri allucinatori a tipo sognante, torpore psichico, ecc.), analogamente a quanto si osserva nel corso di altre infezioni (tifo, influenza, malaria, tubercolosi, ecc.) e di altre intossicazioni (alcool, cocaina ecc.) ed anche di autointossicazioni (Basedow, diabete, uremia, ecc.). Per modo che il suo convincimento, in base al largo materiale clinico esaminato, è quello che la diagnosi di psicosi sifilitica si presenti spesso poco sicura e poco verosimile.

A dirla breve, per quanto allo stato attuale l'argomento che ci occupa conti nella letteratura psichiatrica non poche pubblicazioni, ciò non pertanto ancora la questione resta incerta. Poichè c'è chi si occupa a preferenza del modo come l'infezione sifilitica può agire producendo sintomi psicopatici, sia dal punto esclusivamente patogenetico, sia da quello strettamente anatomo-patologico (Althaus, Hitzig, Mott, Dawson, ecc.); mentre altri accettano l'esistenza di semplici psicosi sifilitiche (Cadel e Clouston, Pieraccini, Ruata, Collotti, Raymond e Ianet, Tanzi e Lugaro, Bianchi, ecc.); vi sono poi

altri autori che negano o dubitano che la sifilide possa essere causa diretta di disturbi funzionali psichici (Follin, Albers, Seppilli, Wilks, Mairet, Christian, ecc.).

Ciò premesso, dal momento che la questione che ci occupa è tutt'altro che risolta, e le discussioni sull'argomento fervono tutt'ora, a me è parso non privo d'interesse l'esporre quì le storie cliniche di tre individui, i quali entrati al Manicomio con notevoli disturbi psicopatici, veniva poi assodato essere in pari tempo affetti da sifilide più o meno recente.

OSSERVAZIONE 1.ª

Agostino B. di anni 19, da Recalmuto (Girgenti), celibe, venditore ambulante.

E' nato da padre epilettico e da madre rachitica e gobba, entrambi viventi. Ha cinque fratelli viventi, ma di gracile costituzione, anemici e scrofolosi. Non ha avuto malattie degne di nota, tranne che, ad otto anni, il vaiuolo. Un mese prima di entrare al Manicomio si contagiò di sifilide; e dopo venti giorni dell'infezione, si svilupparono manifestazioni cutanee notevoli e poli-adenite. Le manifestazioni di turbato equilibrio mentale cominciarono contemporaneamente allo sviluppo della lue. Divenne irrequieto commettendo atti strani, confuso nella ideazione ed incoerente nel linguaggio, con turbe a carico della sfera psico-sensoriale e con idee deliranti, assurde e grandiose.

Per tali motivi, essendo divenuto aggressivo ed impulsivo, è stato ricoverato al Manicomio.

Al momento dell'ingresso, il 4 settembre 1924, si presenta in istato di viva agitazione psico-motoria: disordinato negli atti, poco coerente nei discorsi, scriteriato e facilmente impulsivo. Prepotente, poi, schernisce i compagni, li provoca, canta, balla e riesce oltremodo molesto. Non è suscettibile d'interrogatorio: ha spiccatissima distraibilità dell'attenzione, che lo rende continuamente distratto e mutevole nelle idee. Alle domande, difatti, risponde con incoerenza, mettendo in evidenza idee deliranti a contenuto vario.

All'esame fisico si riscontra: deperimento generale, scarso pannicolo adiposo, masse muscolare flaccide ed ipotoniche, mucose pallide e scarsamente irrorate. Nulla di notevole agli apparati respiratorio, circolatorio e digerente. Nulla di anormale a carico del sistema nervoso : la motilità è del tutto integra, non si notano affatto tremori, non si ha alcun accenno disartrico nè disgrafico. Le pupille sono simmetriche e reagiscono normalmente. Presenta le ghiandole inguinali ed epitrocleari fortemente ingorgate. All'addome e al torace si nota una eruzione costituita da macchie ipercromiche rameiche, ricoperte da crosticine biancastre. Infine, presenta delle placche mucose nella cavità orale, a fondo grigiastro e sul solco balano-prepuziale, in vicinanza del frenulo, una cicatrice di un'ulcera, ancora molto evidente.

L'esame delle urine non fa rilevare ancunchè di patologico.

Essendo un luetico, in pieno periodo secondario, s' inizia la cura specifica con iniezioni di calomelano (da 5 ctgr.) ; una ogni cinque giorni.

DIARIO MANICOMIALE

30 Settembre 1924. — Persiste disordinato e logorroico, facilmente agitabile ed impulsivo, incoerente e laceratore. Ha praticato fin oggi sei iniezioni di calomelano. Fisicamente persiste deperito, le manifestazioni cutanee e mucose sono scomparse, gli ingorghi ghiandolari sono ridotti.

15 Ottobre 1924. — Si mantiene sempre molto loquace, clamoroso, facile ai litigi. La notte non riposa, spesso canta, grida ed è impulsivo.

31 Ottobre 1924. — Da qualche giorno è più calmo, e meno disordinato. Persiste l'incoerenza nei discorsi ed il disorientamento. Fisicamente è più rifatto ed aumentato di peso. Vi è una regressione notevole nel sistema ghiandolare.

30 Novembre 1924. — Tranne qualche breve periodo di agitazione si mantiene tranquillo, ma disorientato, scriteriato ed indebolito nelle varie facoltà mentali. Fisico buono. Ha praticato la 18.ª iniezione di calomelano. Dette iniezioni sono state tollerate perfettamente dall'infer-

mo: (1) il farmaco si è bene assorbito senza dare luogo ad indurimenti flogistici e non vi sono state stomatiti o presenza di fenomeni a carico dei reni.

12 Dicembre 1924. — Avendo praticata la ventesima iniezione di calomelano si sospende il ciclo di cura. L'infermo è in discrete condizioni fisiche. E' tranquillo, un po' depresso, amnesico, ipoaffettivo, scriteriato, confuso.

15 Gennaio 1925. — Continua il torpore ideativo e la depressione ansiosa con idee ipocondriache, labilità di memoria, e decadenza nelle varie facoltà mentali.

15 Febbraio 1925. — E' sempre nelle identiche condizioni surriferite. Si fa iniziare una cura di ioduro di potassio, nella dose di un grammo al giorno.

20 Aprile 1925. — Si presenta tranquillo e più sollevato mentalmente, per quanto sia dominato sempre da idee suicide. Ha sovente insonnia ed accusa cefalea. Essendo trascorsi due mesi si sospende la somministrazione dell'ioduro.

15 Luglio 1925. — In questi ultimi mesi e fin oggi si è sempre mantenuto abbastanza tranquillo; anzi piuttosto apatico, abulico e mutacista, oltre che estraneo all'ambiente, sudicio e scriteriato. Fisicamente è in discrete condizioni organiche. Mangia e dorme regolarmente.

20 Agosto 1925. — Da qualche giorno si è dimostrato un po' più irrequieto, disordinato, e qualche volta impulsivo. Soffre d'insonnia. Si fa iniziare all'infermo un nuovo ciclo di cura specifica con iniezioni di bioduro di mercurio.

20 Settembre 1925. — E' tranquillo, ma d'umore depresso, estraneo all'ambiente, scriteriato. Prosegue la cura specifica.

---

(1) Nella scelta del preparato di Calomelano ho adoperato le fiale Emulsior Silber dello Istituto Neoterapico di Bologna. Ho potuto constatare, sia in questo caso, che nella pratica privata, la perfétta tollerabilità del farmaco rispetto ad altri del genere e l'assenza di reazioni locali e di fenomeni tossici di sorta.

31 Ottobre 1925. — Si presenta calmo, più comunicativo, più coerente; è lievemente amnesico. Ha sospeso le inizioni di bioduro di mercurio dopo averne fatte settanta.

30 Novembre 1925. — Persiste il miglioramento. E' tranquillo, ordinato, comunicativo, chiede di andare a casa. Fisicamente è in buone condizioni organiche generali.

15 Dicembre 1925. — Perdurando lo stato di tranquillità, ed un miglioramento soddisfacente nelle varie facoltà mentali, viene dimesso dall'Istituto.

OSSERVAZIONE 2.ª

Bartolo B. di anni 42, da Canicatti (Girgenti), celibe, contadino.

Padre alcoolista, madre e sorella isteriche, una cugina idiota. Da bambino sofferse il vaiolo. All'età di trent'anni contrasse la sifilide che però non ha curato sistematicamente e sufficientemente. Prima di questa età ebbe a soffrire anche di ulceri molli con complicanze linfo-adenitiche inguinali e di blenorragia.

Non ha fatto il militare per bassa statura. Non ha abusato di alcoolici. I suoi disturbi mentali si sono resi manifesti nella prima decade di dicembre nel 1923. Ha cominciato a commettere atti inconsulti e tenere un contegno strano. Stando a servizio presso una caserma di carabinieri si dette a comprare vari oggetti senza avere avuto ordinazione alcuna; passava bruscamente dal riso alla collera violenta, assumendo a volte espressione mimica da ebete. Quei disturbi si andarono man mano accentuando fino a necessitarne il ricovero al Manicomio.

Viene ammesso, difatti, nell'Istituto il 20 Dicembre 1923 in istato di grande agitazione, che conserva per molti giorni ancora. Balla, salta, grida, si lacera le vesti, si spoglia e si veste senza riposo, bestemmia, disturba gli altri ricoverati, disfà i letti del Reparto, scioglie gli assicurati. Interrogato si dimostra confuso ed incoerente, deficiente nei poteri critici ed affettivi. Parla a lungo del suo passato con prolissità, incoe-

renza e disordine ideativo. Ha memoria deficiente. Fisicamente presenta: bassa statura, nutrizione discretamente conservata ed atteggiamenti mimici scimmieschi.

Ha piedi piatti, organi genitali mediocremente sviluppata,. cicatrice all'inguine destro da pregressa linfo-adenite suppurata e cicatrici alla regione balano prepuziale da pregresse ulcere. Le ghiandole linfatiche inguinali ed epitrocleari sono ingrossate e ben palpabili. I riflessi tendinei sono esagerati, i riflessi cremasterici ed addominali presenti e normali. Non esiste anisocorìa.

L'infermo accusa cefalee, dolori intermittenti alle regioni lombari, ed insonnia.

Si fa subito iniziare una cura specifica con inizioni di calomelano da 5 centgr.; una ogni cinque giorni.

DIARIO MANICOMIALE

31 Dicembre 1924. — Si presenta più calmo, di umore ilare, verborroico, scriteriato, disordinato, incoerente e confuso. Condizioni fisiche buone. L'esame delle urine non fa rilevare alcun chè di patologico. L'infermo prosegue regolarmente la cura iniziata.

31 Gennaio 1925. — Dopo 12 iniezioni di calomelano, alla metà del mese, si deve sospendere la cura essendo sopravenuto l' inizio di una stomatite. L'infermo è tranquillo, discretamente ordinato ed orientato, abbastanza coerente ed affettivo. Vi è notevole regressione nel sistema ghiandolare. Vi è assenza di cefalea e d'insonnia.

28 Febbraio 1925. — Persiste tranquillo ed ordinato, discretamente coerente ed affettivo. A richiesta della famiglia viene dimesso per miglioramento.

10 Giugno 1925. — Viene riammesso dopo circa quattro mesi. Si presenta in istato di viva agitazione psico-motoria: canta ad alta voce, lacera, è insonne, impulsivo, manesco. Fisicamente è un po' deperito. Nulla d'importante rilevasi ai vari organi ed apparati.

15 Giugno 1925. — Perdurando eccitabile, impulsivo ed irrequieto, viene trasferito alla Sezione Agitati; sottoponendolo di nuovo a cura anti-luetica, con un preparato, questa volta di bismuto. (1) S'incominciano, quindi, a praticare delle iniezioni da 3 cc., una ogni sei giorni.

15 Luglio 1925. — L'infermo si presenta sempre verborroico, ma piuttosto tranquillo, confuso ma meno incoerente: la notte dorme a sufficienza. Ha praticato fin oggi sei iniezioni di bismuto con perfetta tollerabilità, e senza presentare fenomeni tossici o stomatiti.

15 Agosto 1925. — Da diversi giorni è tranquillo, più ordinato ed orientato, abbastanza coerente. Condizioni fisiche discrete. Avendo fatto dodici iniezioni di bismuto si sospende il ciclo di cura.

15 Settembre 1925. — E' sempre nelle identiche condizioni fisiche e mentali.

15 Ottobre 1925. — Persiste nel miglioramento: è ordinato, coerente, e si presta a lavori nella Sezione; si rileva solo indebolito nelle varie facoltà mentali.

15 Novembre 1925. — Nessuna novità nello stato somato-psichico. S'inizia un nuovo ciclo di cura bismutica.

15 Dicembre 1925. — L'infermo si presenta mentalmente tranquillo ed ordinato: fisicamente sta bene. Seguita attualmente a praticare la cura specifica anti-luetica col bismuto (6 iniezioni fin oggi).

OSSERVAZIONE 3.ª

Filippo C., di anni 32, da Caltanissetta, ammogliato, contadino.

Padre nevrastenico, madre psicopatica, due sorelle isteriche. Ha sofferto da ragazzo le comuni malattie esantematiche e poi l'infezione tifoidea. Dodici anni or sono andò a fare il soldato, partecipando alla

---

(1) Oltre nel caso attuale e nel successivo, ho adoperato anche nella pratica privata e con successo il Salbiolo dell'Istituto Neoterapico Italiano di Bologna. Ho potuto constatare che esso farmaco occupa senz'altro uno dei primi posti tra i preparati bismutici del genere. L'ho usato in sifilitici nei vari stadi ed in persone deboli e denutrite, sempre con buon esito. Oltre a non dare reazione locale non dà origine nè a stomatiti nè a fenomeni tossici di sorta, rendendosi così sommamente utile nella cura radicale della sifilide.

guerra e stando in zona di operazioni. Durante tale periodo contrasse la sifilide; dal medico reggimentale, però, non gli fu diagnosticata come tale, per modo che non fece alcuna cura specifica.

Ritornato al paese natìo, dopo il congedo militare, sposò, e la moglie ebbe due aborti e due parti condotti a termine. I due figli che nacquero, deboli e malaticci, morirono dopo pochi mesi di vita. Intanto il nostro esaminando cominciò a soffrire di cefalee, capogiri, disturbi della parola, debolezza generale, che andarono gradatamente accentuandosi. Gli venne praticato, allora, l'esame sierologico del sangue, mediante la reazione di Wassermann per la sifilide, e si ebbe risultato nettamente positivo.

Dopo ciò dal medico curante gli vennero praticate delle iniezioni di preparati mercuriali, sottoponendolo anche a cure iodiche. Però queste cure furono scarse, e praticate in modo irregolare, tanto da non produrre alcun miglioramento nell' infermo. Anzi le condizioni somatopsichiche andarono ancor più aggravandosi, con difficoltà della deambulazione, amnesia, e poi facile eccitabilità, tendenza agli impulsi ed alle aggressioni. Qualche mese prima di essere ammesso nell' Istituto ebbe degli accessi apoplettiformi, in seguito ai quali si manifestò un emiplegìa del lato sinistro, e notevoli disturbi della parola. I disturbi mentali si andarono sempre più accentuando, finchè il 4 giugno 1925 viene ricoverato al Manicomio.

Al momento dell'ingresso si presenta leggermente allucinato e confuso, con torpore ideativo, lentezza percettiva, depressione psichica ed apatia. Interrogato, difatti, risponde con lentezza presentando difficoltà evidenti nel pronunciare le parole e rendendosi così per tanto, spesso incomprensibile. Manifesta idee persecutorie specie contro la moglie.

Fisicamente notasi: media statura, discreta nutrizione, ghiandole inguinali ed epitrocleari ingrossate; cammina a stento con andatura pareto-spastica e presenta emiplegìa dal lato sinistro.

Neurologicamente notasi : rigidità pupillare, aumento dei riflessi tendinei sul lato paralizzato con riflessi cutanei indeboliti; sensibilità tattile indebolita. L' infermo accusa cefalea, insonnia, e dolori intermittenti per tutto il corpo.

Si fa iniziare subito una cura specifica bismutica (iniez. di Salbiolo da 3 c. c.); una ogni sei giorni.

DIARIO MANICOMIALE

5 Luglio 1925. — Si presenta tranquillo, anzi depresso, appartato, mutacista, confuso, con crisi di pianto. Persiste la disartria, l'andatura vacillante, il torpore psichico. Vi è una regressione del sistema ghiandolare. La cefalee e l'insonnia sono diminuite e quasi scomparse. Fisicamente sta bene.

Praticato l'esame delle urine non si è rilevato alcunchè di anormale.

Continua a fare le iniezioni di bismuto (5 fin oggi) manifestando una perfetta tollerabilità per il farmaco.

31 Luglio 1925. — Da qualche giorno si nota un miglioramento nell' infermo, il quale avverte dei formicolii negli arti paralizzati che attribuisce a risveglio. Egli muove il braccio e la gamba sinistra in qualche modo, riuscendo anche a sollevarli come non riusciva a fare in passato. Cammina, ora, sempre in modo claudicante, ma senza appoggi di sorta. Mentalmente è più sveglio, più comunicativo; e si nota anche un miglioramento nell'articolazione delle parole.

Prosegue la cura anti-luetica ed è giunto alla nona iniezione.

31 Agosto 1925. — Si presenta discretamente ordinato ed orientato, ha normale affettività e non manifesta più idee avverse alla moglie. Chiede di andare a casa. Adesso si esprime in modo abbastanza soddisfacente, perchè i disturbi disartrici sono molto ridotti. Cammina discretamente, sebbene l' andatura sia rimasta un po' claudicante, a causa dell' arto inferiore sinistro ancora non del tutto integro. Anche l' arto superiore sinistro non ha ancora la sua perfetta funzionabilità.

Termina oggi la quindicesima iniezione di bismuto, e si sospende il ciclo di cura.

30 Settembre 1925. — Si presenta ordinato, orientato, coerente ed affettivo. Dal lato fisico è sempre nelle discrete condizioni notate nel mese precedente. E' scomparsa la rigidità pupillare e sono svaniti i disturbi delle varie sensibilità.

31 Ottobre 1925. — Invariato lo stato fisico e mentale.

30 Novembre 1925. — E' sempre tranquillo, ordinato e coerente. Fisicamente sta bene; parla discretamente e solo ogni tanto inceppa nel pronunciare qualche frase. Cammina regolarmente, per quanto sempre un po' claudicante.

Si sottopone ad intensa cura iodica.

15 Dicembre 1925. — Persiste nel miglioramento notato nei giorni precedenti, per cui si propone ad essere dimesso dall'Istituto.

Attualmente seguita a praticare la cura iodica.

Non v'à dubbio alcuno che i tre casi sopra esposti si riferiscano a psicopatici, la cui etiologia va riposta nella presenza in essi soggetti della *spirochete.* E ciò in base alla reazione di Wassermann riscontratasi positiva, in base all'anamnesi raccolta diligentemente in tutti e tre i casi, in base ai risultati terapeutici anti-sifilitici ottenuti così splendidamente nei tre casi in esame.

E' importante però notare subito, come mentre gl'infermi presentavano una sindrome sintomatologica presso a poco uguale, ne differenziavano poi rispetto al tempo che passa tra la presa infezione e il manifestarsi in loro della psicopatia.

Così mentre nel primo caso il quadro clinico della spirochetosi cerebrale si manifestò dopo qualche mese soltanto dalla subita infezione, il secondo ed il terzo invece dopo circa dodici anni.

Nel primo caso, pertanto, notammo che il paziente entrò nel Manicomio in istato di agitazione psico-motoria ed in pieno periodo secondario della sifilide, giacchè presentava: roseola, adenopatie, placche mucose ecc. Venne subito allora, sottoposto a cura antiluetica mercè iniezioni di calomelano, e si rilevò, ben presto, la scomparsa delle manifestazioni cutanee e mucose, la regressione delle manifestazioni ghiandolari, e la riduzione, e notevole riduzione, dello stato maniaco, col quale era entrato nell'Ospedale Psichiatrico.

E insistendo ancora con cure iodiche, alternate con altri cicli di cure mercuriali, si ottenne dapprima uno stato di depressione psichica con tinta malinconica, quindi un risveglio di tutte le facoltà mentali, con visibile, persistente e confortante miglioramento; tanto da potere dimettere l'infermo dal Manicomio dopo solo 15 mesi che ne era entrato.

Così si è constatato come nel secondo caso, nel quale abbiamo rilevato l'infermo essere stato insufficientemente curato dalla infezione presa dodici anni addietro, si presentò anche esso al suo entrare nell'Istituto in istato di intensa agitazione maniaca e con evidenti sintomi fisici della contratta sifilide. Anche in questo secondo caso abbiamo visto come sottoponendo il paziente ad intensa cura anti-luetica, a base di calomelano, si ottenne una graduale e rapida regressione di tutti i sintomi, tanto somatici che psichici, da poterlo dimettere dopo tre mesi notevolmente migliorato. E per quanto questo stesso soggetto, dopo quattro mesi che ne era stato dimesso, ritorni con lo identico stato maniaco della prima volta; abbiamo visto come, ripigliando in lui dei cicli di cura bismutica, si ottenne nuovamente un notevole e confortante miglioramento, come la prima volta, ma questa volta durevole e persistente.

Così, infine, abbiamo rilevato come il terzo caso, riguardasse un uomo di trentadue anni, che, contagiato da sifilide dieci anni addietro, senza avere eseguito che una cura anti-luetica assai imperfetta ed insufficiente, venne ricoverato nel Manicomio emiplegico e disartrico oltre che psicopatico; giacchè presentava al suo ingresso uno stato confusionale con spiccata agitabilità e delirii paranoici. Anche in questo terzo soggetto, abbiamo visto, che sottoposto ad intensa cura specifica con bismuto, si ottenne un visibile, graduale e sollecito miglioramento, non solo dal lato somatico (ridotta la parziale emiplegia, quasi scomparsa la disartria, ecc.); ma ancora e sopratutto dal lato psichico, dall'essere anche proposto per la dimissione dall'Istituto.

*
* *

E' stato durante questo primo quarto del secolo XX che si è manifestato ed accentuato sempre più negli studiosi la ricerca dei rapporti che passano tra i disturbi psicopatici e le sostanze tossiche di genesi diversa, che circolando nel torrente sanguigno e linfatico vanno ad alterare in modo assai vario gli elementi cellulari nervosi. Come del pari è ancora recente la produzione di molteplici pubblicazioni, eseguite da diversi cultori per assodare come fra gli stati infettivi generali che possono dare luogo allo insorgere di più o meno gravi alterazioni mentali stia in prima linea la sifilide. Difatti, tali psicosi sifilitiche, come sopra abbiamo già detto e ricordato, sono ormai abbastanza conosciute e studiate. Ma per quanto da un pezzo si discuta su di un tale argomento ed i contributi si succedano in modo rapido e confortante, d'altro canto molti punti ancora restano controversi ed in discussione. Basterebbe, a questo proposito, ricordare come mentre alcuni autori (Nonne, Plaut, ecc.) escludano che possano esistere malattie psichiche dovute a sifilide, e quindi diagnosticabili come tali, altri (Wimmer, Bonoffer, ecc.) sostengono che per diagnosticare una psicosi come sifilitica occorre che essa si presenti in quadri clinici analoghi a quelli che si riscontrano nelle infezioni ed intossicazioni.

Noi, certo, non entriamo in queste discussioni, nè molto meno ci intratteniamo a ricordare in questo breve contributo tutte quante le opinioni ed ipotesi che si sono raccolte nella numerosa letteratura sull'argomento. Diremo, soltanto, attenendoci ai tre casi studiati, e qui sopra esposti, come non v' à dubbio alcuno trovarsi nei nostri tre casi dei quadri tipici di mania e di confusione mentale, con episodi depressivi e paranoici, in dipendenza di invasioni spirochetiche del cervello in tempi diversi dall' infezione (un mese nel 1. caso, dodici anni nel 2. e nel 3.), a secondo la predisposi-

zione individuale, con quadri clinici leggermente variati, a secondo la sede e l' intensità dell' infezione.

Il fatto poi che nei nostri tre casi la psicopatia si è manifestata dopo un certo tempo che l'infezione si era stabilita nell'organismo, ci fa escludere nel modo più assoluto dalla genesi delle psicopatie stesse l'elemento emotivo passionale, la preoccupazione e la paura per gli effetti su di sè stessi o su gli altri per la contratta infezione, che da qualcuno si è voluto invocare come il solo momento etiologico di siffatte psicosi, negando perciò l'insufficienza deleteria della infezione sifilitica per il cervello.

Del resto il non avere rilevato da un lato nelle tre forme cliniche studiate carattere alcuno da poter pensare quelle psicopatie causate da stati emotivi psichici; ma piuttosto l'aver dall'altro constatato chiaramente i nostri infermi trovarsi nel periodo secondario o terziario della sifilide, giusto le esatte indagini anamnestiche e le manifestazioni cutanee e glandolari diligentemente notate, ci à autorizzato a stabilire con tutta sicurezza l'etiologia e la terapia dello stato psicopatico dei nostri tre casi.

L'avere poi verificato che, nei tre casi esaminati, la sifilide contratta non era stata curata che assai imperfettamente ci conferma sempre più nel concetto che le tossine della sifilide sono proprio quelle che provocano dati disturbi cerebrali. Giacchè quando le cure opportune vengono trascurate, le tossine predette ànno tutto il tempo ed il modo di potersi accumulare nell'organismo, ledendo gli organi più delicati e suscettibili.

Ciò premesso noi possiamo ritenere di avere studiato dei casi, in cui, senza dubbio alcuno, la spirochetosi cerebrale si è manifestata con quadri psicopatici che non ànno nulla a vedere con la paralisi generale progressiva. Nel primo e nel secondo caso, difatti, si tratta di sindromi psicopatiche maniache, nel terzo di sindrome allucinatoria e confusionale; ascrivibili tutt'e tre al gruppo della psicosi maniaco-depressiva. Ed inoltre, mentre l'anamnesi ed i reperti

sierologici, citologici e clinici ci avevano già edotti sulla loro natura infettiva luetica, la terapia giustamente e giudiziosamente ci à dato la conferma di ogni nostra ipotesi, e la guarigione.

* * *

A proposito di terapia, prima di venire alle conclusioni, è bene soffermarci un momento sui metodi terapeutici recentemente introdotti nella cura di siffatte psicosi da sifilide.

Fino a poco tempo fa le cure mercuriali e le cure arsenobenzoliche erano quelle che universalmente venivano adottate. Oggi, invece, dopo frequenti studi e numerose e ripetute esperienze, venne avanti l'uso del bismuto, la cui efficacia terapentica, nelle varie manifestazioni e nei vari studi della sifilide, è ormai indiscussa.

Sembra, difatti, che il bismnto si comporti diversamente dagli altri preparati anti-luetici per la rapidità di penetrazione nel liquido cefalo-rachidiano (Fournier e Guenot, Demelin, Aubry, Marie e Fourcade, Mendel, Ieanseime, ecc.) ed inoltre per l'azione spiccata che esercita su tutte le manifestazioni resistenti al mercurio ed all'arsenico (Fournier e Guenot, Truffi, Milian, Graeve, Muller, De Favento, Gilbert, Radaeli, ecc.). Inoltre il bismuto, di cui ancora si esperimenta su larghissima scala e sempre con promettenti risultati, è stato dimostrato sia meno tossico degli altri due grandi antiluetici: il mercurio e l'arsenico. Esso quindi non deve più restare un medicamento di secondo ordine nella terapia antisifilitica, ma deve piuttosto rivaleggiare con gli altri preparati sudetti in tutti i periodi della lue sia nel primario, che nel secondario e nel terziario, anche quando vi siano manifestazioni contagiose in atto.

Nei nostri tre casi noi abbiamo constatato come nel secondo e terzo caso (Psicosi da sifilide terziaria), i sintomi psicopatici si ridussero notevolmente e scomparvero in seguito ad intensa cura bismutica. Non solo, ma nel terzo si ebbe ancora un miglioramento notevolissimo perfino nell'emiplegia e nello stato disartico.

CONCLUSIONI

1) Il contagio sifilitico può, per sè stesso, provocare nel cervello una psicosi, ora sotto forma di eccitamento maniaco, ora di lipemania, ora di stato allucinatorio; forme svariate di psicosi queste che in comune non hanno che il solo vincolo etiologico, e spesso l'elemento confusionale. Proprio come suole accadere nelle psicosi tossiche e sopratutto in soggetti tarati per fatti ereditari ed acquisiti, come è stato per i tre casi da noi studiati.

2) Queste psicosi, provocate dalla invasione spirochetica nel parenchima nervoso, potendo dar luogo a svariati quadri psicopatici, aventi tutti i caratteri sintomatologici di decorso, di prognosi, ecc. delle psicosi tossiche, non possono costituire, e non costituiscono, infatti, un'entità clinica autonoma. Si diranno, quindi, giustamente, « Psicosi da Sifilide » e non « Psicosi Sifilitiche ».

3. Potendosi i disturbi psichici svilupparsi in soggetti che hanno subito l'infezione sifilitica tanto nel periodo terziario, quanto nel periodo secondario, ecc., pigliando la forma non di progressivo decadimento delle facoltà mentali, ma di stati di eccitamento e di depressione, o confusionale, o delirante, sono esse forme da ascriversi piuttosto nella classe delle *psicosi-nevrosi*. Vale a dire dovute non a lesioni degenerative, ma a semplici alterazioni tossiche delle cellule nervose, prodottesi per l'azione del sangue intossicato dalla lue, e perciò forme guaribili, como sono guariti i tre casi sopra presentati.

4) La guarigione della Psicosi da Sifilide avviene tanto più rapidamente quanto più presto s'interviene con gli opportuni ed energici preparati anti-luetici, fra i quali i preparati bismutici, come abbiamo constatato, occupano un posto veramente importante per l'azione veramente efficace e costante da essi esercitata.

Messina, 31 Dicembre 1925.

BIBLIOGRAFIA

ANGIOLELLA e GALDI — *Psicosi da Sifilide* — Ann. di Nevrologia, 1904.

BIANCHI L. — *Psichiatria* — Editore V. Idelson - Napoli, 1925.

CHRISTIAN — *Quelques ças de Demence Syphilitique* — Annales Medico Psychologiques, 1897.

COLLOTTI — *Sifilide e Pazzia* — Il Pisani, 1898.

DAWDSON R. — *The retation of Acquired Syphilis to Insanity the Iournal of M. Science* — April, 1898.

DE FAVENTO — *Giornale italiano delle malattie veneree* — 1923, N. 2.

FOURNIER — *La Syphilis du cerveau* — Paris, 1879.

FOURNIER e GUENOT — *Annales dell'Istitut Pasteur* — 1922.

GIORGI G. — *Il bismuto nella terapia della sifilide* — Rivista sintetica: « Il Policlinico » Sez. Pratica. Fasc. 28-29 1925.

MAIRET — *Alienation mentale syphilitique* — Leçons clinique - Masson - Paris, 1893.

MARIE et FOURCADE — *Annules dell'Istitut Pasteur* — 1922.

MORSELLI A. — *Manuale di Psichiatria* — Casa Editrice V. Idelson - Napoli, 1915.

NONNE — *Syphilis und Nervensystem* — 1915.

PLAUT — *Uber Halluzinosen der syphilitiker* — 1913.

PIERACCINI — *Contributo alla casistica delle Psicopatie sifilitiche precoci* — Riforma medica - Aprile, 1891.

KRAEPELIN — *Psichiatria* — 1910.

RADAELI — *Giornate italiano delle malattie veneree* — 1922.

RAYMOND et JANET — *13. Congres de medicine alienistes et neurologistes de France a Bruxelles* — Aout, 1903 - Archives de Neurologie, 1923.

RIQUIER C. — *Società Medico Chirurgica di Pavia* — 1923.

RUATA — *Due casi di Mania con furore da sifilide in periodo secondario* — Annali di Freniatria, 1891.

SALAGER — *Syphilis et confusion mentale* — L'Encephale - Agosto, 1907.

TANZI e LUGARO — *Malattie Mentali* — Vol. 1. e 2. - Società Ed. Libraria - Milano, 1923.

TRAVAGLI F. — *La bismuto-terapia della sifilide* — Casa Editrice « Il Policlinico », 1925.

TRUFFI — *XX Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia* — 1924.

WIMMER — *Nichtsyphlitische Geisteskrankei ten bei Syphilitikern Zeitschr f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie* — 1918.

FERRARINI — *Sindromi psichiche iniziali della spirochetosi polioencefalica* — Rassegna di Studi Psichiatrici - Fasc. 5-6, 1921.

Alterazioni di condotta morale in giovanette sub-psicopatiche
Diagnosi - Prevenzione

NOTA CLINICA

Dott. PRIAMO NURZIA

Mi è occorso di studiare nel mio esercizio di Medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Aquila, alcuni casi di psicopatie femminili con manifestazioni prevalentemente erotiche.

Riporto di essi tre Storie Cliniche.

I.

S. A. di anni 23 da Avezzano, sarta nubile.

Ha la madre di carattere strambo. Alcuni anni fa incominciò a rivelare disordini della condotta sessuale, tali, da destare le più vive preoccupazioni in famiglia; si vantava eccessivamente bella: moltissimi giovani si sarebbero innamorati di lei e tutti avrebbero preteso sposarla.

Crebbe tale delirio vanitoso-erotico in seguito, al punto che, incominciò a fuggire di casa per andare in cerca di questo o quell' uomo, cui andava offrendosi.

Quì entrata incominciò a menar vanto di essere stata il giorno innanzi con quattro giovani ed adduceva a ragione del suo ricovero il fatto, che di tanti, non ne aveva voluto sposare alcuno. Ha carattere fatuo. Ideazione a volte confusa. Critica fiacca. qualche negativismo. Poco ordinata.

Per il resto è calma ed ha buona competenza in lavori di cucito cui attende con discreta volontà. Mai domanda dei suoi parenti. Nel fisico ben costituita.

II.

R. S. di anni 16, nubile, donna di casa da Aquila.

La madre è una querulomane. Il padre dedito al vino, sperperatore delle proprie sostanze, sofferente di non chiare forme convulsive. La paziente ebbe un certo ritardo nello sviluppo e soffrì di nefrite. Qualche anno fa, agli albori della pubertà incominciò a fuggire da casa, a raccontare storie amorose, fino ad accusare un tizio di averla corteggiata ed aggredita a scopo di violenza carnale. Ne seguì denuncia da parte della madre, ma ogni cosa si risolse in una bolla di sapone. Altra accusa del genere fece poi a carico di militari, accusa che finì ella stessa per dichiarare a noi completamente insussistente.

Ebbe in seguito disordini allucinatorii a contenuto religioso, si mostrò sitofoba e venne quì internata. Migliorò poi di tale stato, ma son rimaste in lei le tendenze mitomaniache a contenuto erotico.

Nel reparto si occupa con competenza in svariati lavori femminili.

III.

L. D. di anni 29 nubile, donna di casa da Aquila.

Più volte ammessa e dimessa dal Manicomio. La prima volta vi fu internata all'età di anni 18. Pare che la madre non fosse di troppo buoni costumi. La paziente era molto virtuosa per lavori di famiglia. Cominciò a manifestare strane idee e tendenze erotiche. Un giorno poi accusò alla madre un tizio per tentativo di stupro, accusa che risultò destituita di ogni fondamento.

Fu ricoverata poi in preda ad eccitamento sensoriale e delirio persecutorio. Presenta attualmente segni manifesti di indebolimento mentale: la ideazione è spesso slegata, gli atti inconsulti. Vi è in lei un atteggiamento permanentemente fatuo esteriormente, non controllato dai poteri critici interiormente.

* * *

Per lo più trattasi di forme di *demenza precoce* in soggetti con eredità psiconeuropatica.

Sono giovanette, che quasi tutte, possiedono un certo numero

di nozioni, di sentimenti e di esperienze che le rendono atte a ben condursi e governarsi negli ordinarii rapporti dell'ambiente manicomiale, ove si possono occupare con grande utilità in svariati lavori donneschi.

Si hanno però in loro fiacche rappresentazioni etiche che possono subire facile elisione per effetto di contrarii o più forti stimoli per lo più a base sessuale.

Conversando con loro è facile rilevare come, per quanto concerne le idee, i sentimenti ed il contegno sessuale, nella loro personalità appaiono non semplici deficienze di critica, ma veri e proprii e profondi disordini.

Sono mitomani e come tali inventano di sana pianta le più strane avventure d'amore; non di rado rievocano senza reticenze l'amplesso del maschio, colorendo in tal modo tali loro esibizionismi, da renderli addirittura compassionevoli.

Spesso rendono vittima dell'accusa di violenza carnale, questo o quell'uomo, accusa che poi finisce per essere non sempre dimostrata vera.

La loro malattia si fa strada lentamente, alla sordina, sì da essere da principio scambiata il più di frequente per isterismo, od addirittura per cattiveria, perversità d'animo ecc. ed allora vanno soggette ad acuti rimproveri e perfino a maltrattamenti da parte dei parenti.

Tali sistemi però non le correggono, mentre il loro male si fa strada nel subcosciente. Crescono con la pubertà in isviluppo gli stimoli della loro abnorme sessualità, e finiscono per cadere in fallo davvero: i parenti allora inquisiscono e battono e le allontanano da casa, quando non fuggono esse stesse.

Nella vita randagia, cui si assoggettano, si concreta la loro malattia, fino a che viene il giorno in cui vengono ricoverate in Manicomio per psicopatia di pubblico scandalo.

Come fare in tempo la diagnosi di tali forme morbose che non involgono con eguale profondità tutte le attività e tutte le capacità della mente, ma in ispecie la sfera etico-sessuale?

Certo in principio è assai difficile che possano essere svelate da chicchessia senza alcun artificio di tecnica.

Molta delicatezza e ponderazione occorrono per valutare il significato di tali disturbi, tenendo presente l'eventuale influenza della ereditarietà e della educazione e facendo un attento esame qualitativo delle accennate manifestazioni morbose. Per solito queste malate vengono tacciate di isterismo. Ma delle isteriche non hanno le tipiche stigmate, non l'iperaffettività; non sono, come quelle, abili simulatrici ed esageratrici, in perenne preoccupazione dell'altrui interessamento: in esse, ad un attento esame, si rivela subito certa vacuità affettiva, poca vivacità ideativa e la loro mitomania, per quanto a tutta prima possa trarre nell'inganno, pur tuttavia, di fronte ad una critica, anche superficiale, finisce per cadere nel vuoto. Le loro fughe erotiche hanno tutto il carattere degli automitismi, degli impulsi tipici dei dementi precoci, e come tali debbono essere interpretate.

In seguito poi, a mano a mano che la malattia si fa strada, compaiono altri disordini, come qualche idea delirante od allucinazione, che finiscono per chiarire la diagnosi.

Ma è d'uopo (come ho detto) cercare di identificare la malattia quanto più presto è possibile ed in ciò possono efficacemente cooperare i medici generici che vengono per i primi a contatto di tali malate. Faranno essi opera sana di profilassi sociale ed individuale se, ogni volta che potranno notare nelle famiglie dei loro clienti, giovanette che mostrano tendenze sessuali abnormi, tenendo presente che sotto le apparenze dell'isterismo, possono a volte celarsi gravi malattie mentali, cercheranno di approfondirne l'esame e la diagnosi in modo, da provocarne il ricovero in un'Istituto Psichiatrico, sottraendole per tempo da ambienti famigliari, spesso a regimi strani e perniciosi e sopratutto dalla strada e dalla prostituzione.

BIBLIOGRAFIA

Enrico Morselli — *La Psicanalisi* - 2 vol. in 4 - Fratelli Bocca edit., Torino.

Una nuova branca, piuttosto che un capitolo della Neuro-psichiatria, si è distaccata dal tronco della Biologia, e in venticinque anni si è andata sempre più ampliando, isolandosi, perfezionandosi, formando oggi lo scopo e l'attività di una scuola speciale, che ha numerosi adepti, e sostenitori, alcuni entusiasti fino al misticismo, mentre non mancano fieri oppositori.

La Psicanalisi, che ha preso grande estensione, tenta ora di risolvere i più gravi problemi di Biologia e di Psicologia, ha preso a trattare argomenti di Filosofia e di Morale e di Pedagogia, s' interessa di Etnografia e di Sociologia e di Storia, cerca di sviscerare i problemi d'Arte e ha invaso la Letteratura; di recente è stato personificato in un dramma russo e rappresentato in teatro l' argomento principe della Psicanalisi, l'Incosciente.

La Psicanalisi sarebbe, secondo il fondatore: un metodo di investigazione per quei processi psichici, che in altro modo sarebbero appena accessibili, un metodo di cura per quelle alterazioni nervose, che si basano su tali processi; una serie di vedute psicologiche desunte per la stessa via e che gradatamente si uniscono per formare una nuova disciplina scientifica. Da questo argomento fulcro la Psicanalisi ha dilagato, ha sorpassato le dighe, dimenticando di essere un metodo di analisi, ha invaso tutte le scienze, si è diffusa da per tutto, è stata prima discussa in Congressi psichiatrici, poscia in quelli di filosofia. Nell'ultimo Congresso psichiatrico italiano fu oggetto di una speciale relazione, seguita da importante discussione; avendo entusiasti e fervidi sostenitori quali il Levi-Bianchini ed il Weiss.

La Psicanalisi è oggi giunta all'acme della sua fortunata ascensione, la quale può paragonarsi alla diffusione della Scuola del Lombroso, per la sua invasione alla Psicologia, all'Arte, alla Letteratura e essa, quindi, non poteva trovar maggior ventura che un sommo critico, il Morselli,

la prendesse come scopo di uno studio particolareggiato, minuto, seguendola, nella critica, in tutte le branche, in cui si è suddivisa, nei vari capitoli trattati. Essa non poteva trovare migliore illustratore del Morselli: psichiatra sommo, filosofo coltissimo (ci ricorda oggi la sua Rivista di Filosofia scientifica) antropologo dotto (la sua attività scientifica si riannoda all' Uomo secondo la teoria della Evoluzione); sociologo profondo è noto per il suo volume il Suicidio.

E' evidente, quindi, che la critica di un tale scienziato, dalla cultura multiforme, sia stata originale, creatrice quasi, come l'opera dello stesso Freud.

L'esame della Coscienza e dell' Incosciente è fatto con un acume originale: il Morselli dimostra che la realtà vi discopre anche delle energie supernormali: l' inconsciente non è soltanto l'amore nelle sue perversioni sentimentali. Per la scuola di Freud i sentimenti, che circolano intorno ai pensieri d'amore, formerebbero il fulcro di tutti i nostri pensieri, e sebbene non sempre affiorano alla superficie, formerebbero la trama più solida del subcosciente.

Studiati con i metodi investigativi della Psicanalisi servono a spiegarci le più alte manifestazioni della Psiche umana.

Anche dopo la guerra, la Psicanalisi seguita a vedere nelle nevrosi l'effetto quasi unico o almeno prevalente del millenario conflitto fra la normalità etero-sessuale e le perversioni dell' istinto, specialmente le incestuose; ed il Morselli dimostra come questa idea non abbia fondamente reale. La scuola di Freud, venendo a valorizzare in modo eccezionale la vita istintiva ed affettiva limita il campo delle sue investigazioni, e mostra di non dare importanza al fattore intellettuale.

Nel suo libro il Morselli non è soltanto il critico dell' edifizio Freudiliano; ma nei vari capitoli in cui esamina le teorie emesse riconosce quanto gli studi psicanalitici abbiano fatto progredire specialmente la Psicologia, trascurata finora dai psichiatri, e ne dà lode e vanto, perciò riesce più interessante la parte critica dissenziente.

Con tale metodo positivo vengono esaminati dal Morselli i capitoli sui sogni, che costituiscono il campo più importante delle investigazioni del Freud; sulla « libido » di cui sarebbe quasi esclusivamente formato il pensiero umano, facendo notare come la civiltà ha

oltrepassato questa cerchia di libidine, ed ha aumentato le forme sentimentali con elementi privi di contenuto sessuale.

E' certo che molti allievi di Freud tendono ora a modificare le idee del Maestro, come lo Steckel ed il Weiss, che nella relazione all'ultimo Congresso psichiatrico italiano ha dato più importanza al somatismo.

Anche di grande importanza è il secondo volume, che tratta della pratica della Psicanalisi, della sua tecnica, fermandosi sulle imperfezioni del procedimento e facendo notare come la semiologia dei sogni, il procedimento della confessione, non possa portare elementi tali, sicuri per far diagnosticare la maggior parte delle malattie mentali, di cui esamina l' origine e le fasi delle più importanti; e come esso è solo applicabile a poche forme.

L' ultima parte tratta della terapia psicanalitica, con cui si ottiene la risoluzione del conflitto, la regolarizzazione dell'attività psichica.

E' questa del Morselli una delle migliori opere non solo di argomento psichiatrico, ma anche di cultura generale, che è impossibile riassumere, tanto e così varie sono le argomentazioni, che combattono le idee principali di Freud, riprodotte in forma chiara, elegante, piacevole, persuasiva, che alle volte si vale dell'umorismo e dell'ironia.

Dopo aver toccato l'apice la Psicanalisi tende a declinare, e ciò specialmente per l'entusiasmo esagerato degli allievi più recenti: abbiamo citato lo Steckel ed il Weiss; anche Iung, il più originale e il più dotto degli allievi comincia a criticare i metodi psicanalitici; Ianet ne prevede prossima la fine, mentre oggi i psicoanalisti fanno più letteratura che medicina, ed i risultati terapeutici quasi nulli, fanno più risaltare il fatto che la Psicanalisi sia inadatta a trovare il fondamento organico delle nevrosi.

S. Tomasini

NOTIZIE

La riforma della Legge sui Manicomi e gli Alienati

La Commissione governativa, di cui abbiamo dato notizia anche in questo Giornale, incaricata della riforma della Legge sui Manicomi e sugli alienati, ha compiuto i suoi lavori, presentando al Ministero uno schema di legge che riportiamo.

Questo progetto è stato esaminato dai vari Ministeri e attualmente trovasi presso il Ministero delle Finanze. Non pare che abbia subìto serie modificazioni andando da uno all'altro Ministero. Ma non è detto che non ne subirà in sede di Regolamento. E speriamo che sia così. La segretezza imposta alla Commissione ha fatto sì che si sono avverate delle indiscrezioni soltanto sul contenuto del progetto di legge, proibendone d'altro lato ogni seria discussione. E' bene questa discussione si faccia ampia, serena, perchè il progetto, pur non contando grandi innovazioni, presenta delle modificazioni, che debbono essere esaminate, mentre di molte cose manca, fra cui la posizione giuridica del personale sanitario, il quale è sottopposto a vari regolamenti speciali, a seconda i Manicomi, i quali non tutti sono alla dipendenza diretta delle Provincie.

Ecco il progetto di legge presentato al Ministero:

ART. I. — Negli Ospedali Psichiatrici (Manicomi) sono ricoverati, curati e custoditi gli alienati che non siano e non possano essere convenientemente curati fuorchè in tali Istituti, specialmente se risultino pericolosi a sè ed agli altri; ovvero riescano di pubblico scandalo.

Possono inoltre esservi ricoverati, curati e custoditi anche i malati in genere affetti per qualunque causa da alienazione mentale, per i quali non si riscontrano gli estremi di cui al comma precedente. Per l' assistenza e la cura di questa categoria di alienati è in facoltà delle Amministrazioni di provvedere all' impianto ed al mantenimento di speciali reparti, istituti o case di cura.

Sono compresi sotto la denominazione di Ospedali Psichiatrici agli

effetti della presente legge, quegli Istituti comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

ART. 2. — L'assistenza e cura degli alienati poveri di ciascuna Provincia deve effettuarsi in un Ospedale Psichiatrico pubblico che abbia sede nella provincia stessa.

E' anche consentito che l'assistenza e cura degli alienati poveri sia effettuata in Ospedali Psichiatrici istituiti mediante concorsi tra Provincie finitime, a sensi della Legge Comunale e Provinciale.

In via eccezionale può provvedersi alla cura e all'assistenza di cui al comma precedente mediante convenzione con Ospedali psichiatrici pubblici situati in altre provincie, previa autorizzazione da accordarsi dal Ministero dell'Interno.

Gli alienati cronici tranquilli già ricoverati negli Ospedali psichiatrici i quali abbiano bisogno soltanto di ricovero e di custodia, debbono essere trasferiti in asili pubblici speciali per cronici o in reparti speciali degli Ospedali psichiatrici, ovvero assistiti a mezzo di colonie agricole o di case di lavoro autonome, oppure collocati in aasistenza omo-familiare ed etero-familiare. Previa autorizzazione del Ministero dell'Interno può, in via eccezionale, mediante speciali convenzioni, provvedersi al trasferimento degli alienati cronici tranquilli anche in asili privati speciali per cronici.

Speciali Istituti possono essere istituiti da ogni singola provincia, ovvero da consorzi di provincie anche per l'assistenza e la custodia degli alcoolisti, dei criminali e dei frenastenici.

Può essere consentita la cura di un alienato in casa privata, e in tal caso, la persona che lo riceve e il medico che lo cura assumono tutti gli obblighi imposti dalla presente legge e dal regolamento.

ART. 3. — L'ammissione degli alienati negli Ospedali Psichiatrici ai sensi del I. comma dell'art. [illegible] delle presente legge, è chiesta dai parenti, tutori o protutori e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

L'ammissione è autorizzata, in via provvisoria, dal Pretore sulla presentazione di un certificato medico redatto in conformità delle norme stabilite dal regolamento. In via definitiva è autorizzata dal Tribunale in Camera di Consiglio sulla istanza del Pubblico Ministero, in base ad

una relazione del Direttore dell' Ospedale Psichiatrico su proposta del Medico Primario o di Sezione curante o, qualora si renda necessaria, d'iniziativa dello stesso Direttore, sentite il parere del Medico Primario o di sezione, e dopo un periodo di osservazione di quindici giorni. Tale periodo potrà essere prorogato di altri quindici su richiesta del Direttore. e previa autorizzazione dell'autorità giudiziaria.

L'autorità locale di P. S. può in caso di urgenza ordinare il ricovero in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al Procuratore del Re, trasmettendogli il cennato documento.

Tanto il Pretore quanto l'autorità di P. S. nei casi suindicati, debbono provedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Se un infermo maggiorenne chiede spontaneamente di essere ammesso in un Ospedale Psichiatrico, il Direttore, riconosciuta la necessità del ricovero, può riceverlo provvisoriamente sotto la sua responsabilità dandone motivato avviso entro 24 ore al Procuratore del Re, salvo a riferirgli dopo il periodo di osservazione, a termini del comma 2 del presente articolo, per i provvedimrnti definitivi del Tribunale, come nei casi ordinari. Il termine di quindici giorni per il periodo di osservazione è perentorio.

La disposizione del comma precedente si applica anche al caso in cui un infermo sia condotto direttamente all'Ospedale Psichiatrico non munito dei prescritti documenti, ma in tali condizioni di eccitazione o turbamento psichico da lasciare prsesumere che si trovi in istato di alienazione mentale e da rendere urgente il ricovero.

Ogni Ospedale Psichiatrico dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

Con la stessa deliberazione di ammissione definitiva il Tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del codice civile fino a che l'autorità giudiziarta abbia pronunciato sull' interdizione.

In tal caso è applicabile l'art. 2120 del Codice Civile.

Il Procuratore del Re deve proporre al Tribunale, per ciascun alienato di cui sia autorizzata l'ammissione in un Ospedale Psichiatrico o

la cura in una casa privata, i provvedimenti che si reputano necessarii in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X libro I del Codice Civile.

La cura in una casa privata è autorizzata dal Tribunale, su richiesta del Procuratore del Re. Tale autorizzazione può dare sotto la sua responsabilità, anche il Direttore di un Ospedale Psichiatrico il quale però deve darne in tal caso immediatamente notizia al Procuratore del Re e all'autorità di P. S.

ART. 4. — L'ammissione dei malati in genere che non si trovano nelle condizioni previste dal primo comma dell'art. 1 della presente legge, in speciali reparti, istituiti, o case di cura a termini del secondo comma del citato art. 1, è autorizzata su richiesta del malato stesso, ovvero, se minorenne, delle persone esercenti la patria potestà o la tutela del medesimo, dal direttore dell' istituto in base ad un certificato medico redatto in conformità delle norme stabilite dal regolamento.

ART. 5. — Il Direttore dell'Ospedale Psichiatrico, su proposta del Medico Primario o di Sezione curante o, qualora si senda necessario, di propria iniziativa, sentito il Medico Primario o di sezione, dimette dall'Ospedale l'alienato guarito richiedendo all'atto della dimissione, al Presidente del Tribunale il decreto di licenziamento definitivo.

Ugualmente, il Direttore del manicomio può consegnare alla famiglia, in via di prova, l'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento dandone all'atto della consegna comunicazione al Procuratore del Re e all'autorità di P. S.

Il licenziamento di un ricoverato dell'Ospedale Psichiatrico può essere richiesto dal Presidente del Tribunale anche dalle persone menzionate nel comma dell'art. precedente o dal Presidenre della Deputazione provinciale, e in questi casi dovrà essere sentito il Direttore.

Il Presibente del Tribunale, su reclamo degli interessati o di propria iniziativa potrà ordinare una perizia.

In ogni caso, contro il decreto del Presidente è ammesso il reclamo al Tribunale.

La dimissione dei ricoverati dagli speciali reparti, istituti o case di cura menzionati nel secondo comma dell'art. 1. della presente legge è disposta senz'altro dal direttore dell' istituto, su proposta del medico

curante, o, comunque, sentito il medico stesso Essa può essere promossa anche dallo stesso malato, ovvero, se minorenne, dalle persone esercenti la patria potestà o la tutela.

ART. 6. — Il personale sanitario effettivo deli Ospedali Psichiatrici è costituito dal Direttore e dai Medici Primarii o di Sezione. i quali insieme formano il Consiglio Sanitario dell' Istituto, che, presieduto dal Direttore, avrà le funzioni che saranno stabilite dal regolamento speciale di cui all'art. 9.

Per eccezionali motivi le amministrazioni potranno essere autorizzate dal Ministero dell' Interno, a stabilire, per il proprio personale Sanitario, un ordinamento diverso da quello disposto nel comma precedente.

ART. 7. — Il Direttore ha nel Servizio interno Sanitario piena autorità di indirizzo, di coordinazione e di controllo.

Il servizio economico spetta all'amministrazione dell' Istituto; ma il Direttore ha su di esso l'alta sorveglianza per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati ed è responsabile dell' andamento dell' Ospedale provinciale e dell' osservanza della presente legge, nei limiti delle sue attribuzioni.

Esercita pure il potere disciplinare nei limiti stabiliti dal regolamento speciale di cui all'art. 9.

Alle sedute della Deputazione Provinciale ovvero, se si tratta di opera pia, del consiglio di amministrazione, nelle quali debbansi trattare questioni tecnico sanitarie, il direttore dell'Ospedale Psichiatrico deve essere invitato ad intervenire ed avrà voto consultivo.

ART. 8. — I Medici Primari o di Sezicne sono preposti al funzionamento di un reparto, ed hanno la responsabilità della cura dei malati loro affidati nonchè la vigilanza e la reponsabilità del Servizio tecnico e dell'andamento disciplinare dei reparti rispettivi.

ART. 9. — Ciascun Ospedale Psichiatrico avrà un regolamento speciale che dovrà contenere le disposizioni necessarie per assicurare il funzionamento dell' Istituto sia dal lato tecnico-sanitario sia dal lato amministrativo.

Oltre al regolamento speciale, ciascun Ospedale psichiatrico dovrà avere un regolamento organico nel quale sarà determinato lo stato giuridico ed il trattamento economico di tutto il personale.

Il regolamento speciale dovrà essere deliberato, sentito il Direttore dell'Ospedale Psichiatrico, dal Consiglio d'Amministrazione se trattasi d'Opera pia, e sarà approvato dal Ministero dell' Interno.

Il regolamento organico sarà deliberato e approvato nei modi stabiliti dalla legge comunale e provinciule e da quella sulle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza, secondo che tratti di stabilimenti privati o consorziali ovvero di opere pie.

ART. 10. — Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati.

La spesa pel trasporto degli alienati all'Ospedale psichiatrico è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata, quella per ricondurlo in famiglia è a carico della provincia cui incombeva l'obbligo del mantenimento, quella per il trasferimento da un ospedale psichiatrico all'altro a carico della provincia che lo ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomi giudiziari, sia in Sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato, pei condannati fino al termine di espiazione della pena e per i giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiari non farsi luogo a procedimento a carico di essi.

Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del Cod. Penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

ART. 11. — Le controversie relative alle spese per gli alienati nelle quali siano interessati lo Stato, o più provincie, o comuni o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati appartenenti a provincie diverse sono di competenza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, che decide pronunciando anche in merito.

Tutte le altre controversie in tale natura sono di competenza del Prefetto, contro le cui decisioni è ammesso ricorso al Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale soltanto per motivi di legittimità.

ART. 12. — La vigilanza sugli Ospedali psichiatrici pubblici o privati e su tutti gli Istituti che accolgono infermi di mente, nonchè sugli

alinati tenuti presso le famiglia, è affidata al Ministero dell' Interno ed ai Prefetti.

Essa è esercitata a mezzo di due Ispettori centrali del Ministero dell' Interno, nominati tra sanitari che abbiano speciale conpetenza in materia psichiatrica e di assistenza dei malati di mente, i quali in ciascuna provincia saranno coadiuvati dal medico provinciale e dal Consigliere di Prefettura addetto al servizio dei Comuni e delle Provincie o delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a seconda della natura degli Istituti.

E' applicabile agli ospedali psichiatrici ed altri istituti pubblici e privati la disposizione dell'art. 65 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. 1 Agosto 1907, N. 636.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie saranno rimborsate dalle amministrazioni interessate secondo le norme fissate dal Regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regol. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e contro gl'impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise in Camera di Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, al quale può essere prodotto ricorso soltanto per motivi di legittimità.

ART. 13. — Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il Prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità al quale é, per l'oggetto, aggregato un medico alienista, sospendere o revocare con proprio decreto l'autorizzazione di apertura o di esercizio di istituti privati che accolgono malati di mente.

Contro tale provvedimento è ammesso ricorso al Ministero dell'Interno.

Per gli ospedali psichiatrici od altri istituti pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente al quale appartengono.

Prima di sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura o di esercizio di istituti privati a sensi del I. comma del presente articolo o di fare adottare i provvedimenti d'ufficio consentiti dalle leggi per gli Ospedali psichiatrici od altri istituti pubblici, il prefetto deve prescri-

vere alle amministrazioni di detti stabilimenti un congruo termine per la esecuzione dei lavori o per l'acquisto di arredi, o per quegli altri provvedimenti che fossero strettamente necessari al regolare andamento del servizio, o per l'igiene dei ricoverati.

Tale procedura può essere omessa soltanto in quei casi straordinari nei quali un sollecito provvedimento sia imposto da evidente ed assoluta urgenza nell' interesse della morale e della igiene.

I molivi dell'urgenza devono essere esposti nel Decreto.

In caso di chiusura di un Ospedale psichiatrico o di un istituto il Prefetto vigila pel conveniente collocamento degli alienati.

ART. 14. — Al fine di provvedere alle spese per la costruzione e la sistemazione di Ospedali psichiatrici o altri istituti pubblici per il ricovero d' infermi di mente in genere, a termini della presente legge, la Cassa Depositi è autorizzata a concedere fino al 30 Giugno 1936 alle provincie singolarmente o unite in consorzio, mutui all' interesse del 2 per cento estinguibili in un periodo di tempo non eccedente i 35 anni e, in caso di assoluta necessità giustificata dalle condizioni economiche dell'Ente maturato, in 50 anni, con le garanzie di cui agli articoli 75 e seguenti del T. U. delle leggi sulla Cassa Depositi e Prestiti approvato con Regio Decreto 2 Gennaio 1913, N. 452.

Tali mutvi potranno anche essere concessi alle Opere pie aventi a scopo l'assistenza dei malati di mente, nel qual caso, quando la concessione del mutuo non sia garentita dall'amministrazione provinciale, sarà accettata in garanzia rendita sui titoli dello Stato vincolati per tutta la durata del mutuo, non superiore ad un triennio.

La somma complessiva da darsi per tali mutui non potrà superare i 300.000.000 da stanziarsi in rate annue non inferiori a 30 milioni.

Ogni singolo mutuo non potrà eccedere la somma di L. 5.000.000 comprese le spese di arredamento dei fabbricati che non potranno eccedere il quinto dell' importo totale del mutuo. Nel caso di opere di carattere consorziale il mutuo potrà complessivamente, per tutti gli enti consorziati, essere aumentato di un terzo.

La differenza tra l' interesse di favore posto a carico degli enti mutuatari e l' interesse normale, sarà a carico dello Stato che la ver-

serà direttamente alla Cassa DD. e PP. in tante quote annue uguali quanti sono gli anni di ammortamento.

I fondi occorrenti, sia per il servizio di prestiti già concessi sia per quelli che dovranno essere accordati durante l'anno, saranno stanziati in apposito capitolo del bilancio del Ministero dell' Interno.

Le somme che rimarranno disponibili alla fine dell'esercizio, saranno portate in aumento della disponibilità degli esercizi successivi.

Il concorso dello Stato potrà essere concesso anche quando i mutui siano contratti con istituti diversi dalla Cassa Depositi e Prestiti ma la concessione non potrà apportare al bilancio dello Stato un onero superiore a quello che deriverebbe se il prestito fosse contratto con la Cassa medesima.

Ai mutui ed ai lavori contemplati nel presente articolo sono estese in quanto non sia diversamente disposto e in quanto siano applicabili, le disposizioni vigenti per le opere igieniche da eseguirsi con mutui di favore e col concorso dello Stato.

ART. 15. — Restano ferme le norme speciali stabilite dal C. P. e da quello di Proc. Penale, nonchè dei regolamenti in vigore circa il ricovero nei manicomi ed il licenziamento degli imputati e condannati alienati.

ART. 16. — Le disposizioni del Regio Decreto Legge 10 Febbraio 1924, N. 549 e del regolamento approvato con R. D. 24 Maggio 1925, N. 1144 sono estese, in quanto applicabili, a tutti gli ospedali psichiatrici ed altri istituti pubblici o privati contemplati nella presonte legge.

Le modalità di applicazione di dette disposizioni agli ospedali psichiatrici ed agli altri istituti suaccennati saranno stabilite nel regolamento per l'esecuzione della presente legge,

ART. 17. — Dal giorno dell'attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale e speciale in materia.

E' data facoltà al governo del Re di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio Superiore di Sanità, le norme per l'esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Tali penalità non potranno estendersi oltre le mille lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal C. P. per i reati da esso previsti.

CAMILLO GOLGI

A Pavia, il giorno 21 gennaio 1926, è morto il prof. Camillo Golgi. Per i limiti di età aveva abbandonato la Cattedra d' Istologia e di patologia generale, restando Professore Emerito dell'Università, che tanto amava, e alla quale dedicò con nobile affetto tanta parte della sua esistenza e che rese gloriosa, oltre che con il suo lavoro scientifico, anche con le sue influenze personali. La sua reputazione di scienziato, affermatasi in Italia, valicò i confini, ed il suo nome ebbe sicura fama, per i suoi metodi di ricerche istologiche; e specialmente la colorazione nera delle cellule nervose, da lui scoperta, gli acquistò mondiale rinomanza, mentre aprì nuovi orizzonti alla Nevrologia.

Le sue scoperte vennero confermate, dando così una base anatomica alla Psicologia positiva.

Egli quindi appartiene anche alla Psichiatria, oltre che per avere iniziato i suoi studi in questa branca come assistente di altra gloria autentica italiana, Cesare Lombroso. Fu uno dei primi a scoprire i misteri delle febbri malariche, contribuendo, con le sue ricerche a rendere meno crudele, ad eliminare il terribile morbo, che infesta le campagne italiane: fu quindi un benemerito della salute pubblica.

Tenne come un dovere scoprire il vero per essere utile all'Umanità e divulgarlo: ecco perchè ebbe una pleiade di scolari, orgogliosi del loro Maestro e di amarlo e venerarlo come tale.

Ebbe onori e soddisfazioni morali come pochi, membro dell'Accademia dei Lincei e dell'Ordine civile di Savoia, appartenne ai più autorevoli Istituti scientifici ed Accademie nazionali ed estere, fu Rettore apprezzato della sua Università di Pavia e Senatore autorevole.

Poco tempo fa, per i suoi alti meriti scientifici ed umanitari, gli fu assegnato l'ambito Premio Nobel.

Ed è morto ad 86 anni con il pensiero e l'animo rivolti ad una luminosa aspirazione di bene, per la Scienza e per la Patria, e alla Università di Pavia, al cui lustro aveva tanto contribuito.

s. f.

Prof. DOMENICO VENTRA — Direttore responsabile

Si sono pubblicati:

A cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese — 1925

LA FUNZIONE ENDOCRINA DELLE GHIANDOLE SESSUALI

Conferenze tenute ai RR. Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese dai Proff. BRUNI, CHAMPY, GLEY, LUGARO, THOREK E VORONOFF

Biblioteca di scienze moderne — Fratelli Bocca Edit. — Torino

N. 85

CESARE LOMBROSO

L'Uomo delinquente in rapporto all'Antropologia, alla Giurisprudenza ed alle Discipline carcerarie

Riduzione di Gina Lombroso sull'ultima ediz. 1897 - 1900

Torino 1924

Anno XXXIX. Maggio-Agosto 1926 N. 2.

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo dell' Ospedale Psichiatrico Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

Conto corrente con la posta

NOCERA INFERIORE
Tipografia dell'Ospedale Psichiatrico
1926

„IL MANICOMIO„ Giornale di Psichiatria e Scienze affini, esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10.**

» l'Estero . . . » **40**, » » » **» 15.**

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 2.

Lavori Originali:

Bibliografie.

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo dell' Ospedale Psichiatrico Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXIX — 1926

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1926

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE dell'AQUILA degli ABRUZZI
Diretto dal Prof. FRANCESCO DEL GRECO

Un caso di paralisi Progressiva in Macchinista Ferroviario con esplosione subitanea della Fenomenologia Psichica: e la salvaguardia degli utenti nei servizi pubblici di trasporto.

per il Dr. ALESSANDRO ALESSANDRINI
medico di Sezione

Desidero attrarre brevemente l'attenzione dei colleghi su di un caso che è ancora attualmente sotto la nostra osservazione manicomiale: caso la cui importanza medico scientifica è, si può dire, tutta enunciata nel titolo e che non varrebbe la pena di illustrare se non per la portata medico-legale e medico-sociale.

Poiché dà veramente un fremito di pensosa inquietitudine il considerare come il nostro malato, affetto da una forma di Demenza Paralitica grave con eccitamento psicomotorio, ideorrea, incoerenza e labilità estrema del giudizio e della critica, sia entrato da noi appena tre giorni dopo aver abbandonato il suo servizio di Macchinista Ferroviario ed abbia tenuto la conduzione di treni pur con i sintomi incipienti del male.

Sch. It. di G., di anni 37 da Foggia, domic. a Sulmona, ammesso il 25 marzo u. s. nel nostro Istituto col n. di Matric. 2293, è fuochista dal 1913 e conduttore di locomotive dal 1915: sarebbe già da tempo promosso macchinista ordinario se l'aver preso parte a numerosi scioperi ferroviarii non avesse nuociuto alla sua carriera. I suoi vogliono

anzi vedere in questo dispiacere contornato da burle e piccole persecuzioncelle un fattore principale della malattia del loro caro.

Nulla vi è di notevole nell'anamnesi familiare: negli ascendenti e collaterali negasi eredità psicopatica e neuropatica. Il padre è capostazione a riposo e gode tuttora di ottima salute: e la madre è vivente e sana nonostante la tarda età di 78 anni: ha avuto quattro gravidanze tutte a termine: dei figli uno morì nella prima infanzia, gli altri tre sono viventi ed uno di essi è anch'esso macchinista ferroviario. Il P. é l'ultimo dei figli e i suoi fratelli godono buona salute.

Nell'anamnesi personale non vi è ritardo di sviluppo, vi è infezione malarica rimontante a 12 anni addietro, recidivata una diecina di anni fa e poi non più. Ha prestato servizio militare ed ha preso parte attivissima alla guerra di Libia. Modico bevitore.

A 26 anni e precisamente undici anni addietro contrasse matrimonio ed a quell'epoca rimontano i primi sospetti di contagio luetico poichè dopo poche settimane la moglie presentò sulle labbra manifestazioni luetiche, giudicate *ex ore*, la cui natura fu comprovata largamente dall'esito in macerazione del feto e parto prematuro cui misero capo successivamente cinque gravidanze. Una sesta gravidanza, dopo cure mercuriali opportune giunse finalmente a termine tre anni addietro con esito in feto vitale : la bambina è tuttora vivente e, ci si dice, in buona salute.

Il P. non ha mai presentato, anche a detta dei suoi, alcun disturbo e pertanto si è sempre rifiutato energicamente di sottoporsi a qualsiasi cura specifica : era affezionato al suo servizio che disimpegnava regolarmente. Gioviale di carattere, allegro di umore era generalmente ben voluto: risentì recentemente vivo dispiacere per essere stato saltato nella promozione, ma non mutò perciò atteggiamento nè carattere.

Quando, tre giorni prima del suo ricovero in questo Istituto, scendendo dalla sua locomotiva alla stazione di Palena — egli era addetto alla linea Sulmona-Isernia — si presentò a quel Capostazione ad annunciargli che l'indomani sarebbe giunto colà, nominato capostazione principale, suo padre, (già a riposo) e uscì poscia in altri discorsi incoerenti. Fu allora ricondotto a Sulmona e, poichè usciva di tanto in tanto in discorsi strani, consegnato alla famiglia.

Nell' ambito familiare manifestò subito un vivo eccitamento psicomotorio: si alzava di scatto, girovagava di qua e di là per la casa, manifestava proposito di uscire poi tornava indietro e nel frattempo discorreva di promozioni, di nomine, di partenza e di trasferimento, di milioni e di ricompense: alla minima contrarietà esplodeva in escandescenze onde si dovè internarlo d'urgenza.

Qui si è mostrato sin dal suo ingresso in preda a vivace eccitamento che viene però diminuendo. E' euforico e non ha concetto alcuno della sua malattia e quando. un paio di volte appena, questa è balenata alla sua coscienza vi si è soffermato fuggevolmente.

Allegro, clamorosamente socievole e chiacchierone, esprime disordinatamente e incoerentemente idee e progetti grandiosi, enormi: è venuto in Aquila per avere la consegna di dieci medaglie d'oro al valor militare guadagnate in Libia: gli si devono pertanto rendere gli onori. Ma il bello sarà domani chè è atteso da S. E. il Ministro delle Comunicazioni che lo premierà, un giorno, con la nomina a suo segretario particolare, un altro, con la nomina a capo-deposito principale delle locomotive. Di qui sbalza ad invitarci tutti al suo villino in Francavilla al Mare dove, uscendo ora di qui, si ritirerà per metter mano al suo grandioso progetto di portare il mare a Sulmona, progetto per cui i capitali gli sono stati dati direttamente dal Papà, suo intimo amico ed estimatore. E ciò sebbene egli non abbia bisogno di danaro perché domani, insieme con noi, fonderà la Banca Imperiale Internazionale chè avrà più di 20 miliardi di capitale e che dovrà assorbire tutte le altre banche: di essa farà direttore il Relatore e gli darà lo stipendio di un milione all'anno. (!)

Analogamente si comporta nei giorni seguenti: ideorroico sempre, senza critica, senza quella perfezione di *circustancia loci et temporis* che già Teodoro Meynert aveva notato fare difetto nel paralitico progressivo. Così ci narra un giorno una non chiara storia di amore in cui confonde il Re, le Principesse Reali, e la figliuola di un medico condotto di un vicino paese: altre volte ci afferma di avere applicato al suo letto delle rotelle che lo trasformano in automobile con cui andrà a Milano anche per vendervi la sua strabiliante invenzione: altre volte ancora manifesta fenomeni sensoriali di breve durata ecc.: e sbozza ed

elabora progetti e ricostruzioni senza fine che sarebbe assai lungo enumerare e che muta e devia verso altre e magari opposte concezioni non appena uno stimolo esteriore lo colpisca e lo impressioni.

Talora, ma raramente, al provocato ricordo dei suoi, di cui peraltro non domanda mai spontaneamente, ha qualche accesso piagnucoloso in cui si dimena e pare voglia farsi violento e cagionarsi del male, ma si rifà subito acquiescente e fatuo.

Ha scarsa appercezione ed orientamento: questo ove si trova gli sembra un fabbricato popolare in cui il capo infermiere è un buffettiere, senza vino però, ma per poco poichè egli ne regalerà in quantità: conviene peraltro che il Relatore sia un medico e che effettivamente questo sia un Ospedale ma a lui ciò non lo riguarda dato che egli sta per i fatti suoi e domani partirà per un viaggio lunghissimo.

Coesiste qualche disordine della memoria: la sfera dei sentimenti tace quasi completamente.

§

Fatto pertanto il debito posto ai fenomeni psichici mi si permetta di illustrare per ultimo lo stato fisico.

Lo Sch. è individuo di costituzione scheletrica regolare: con stato di nutrizione un poco scaduto, colorito pallido, modico grado di calvizie.

Apparato respiratorio: regolare e normale l'espansione dei polmoni, buona la trasmissione del f.v.t., nullo il risultato della percussione e della ascoltazione.

Apparato cardiovascolare: cuore nei limiti senza reperto ascoltatorio notevole all'infuori di lieve rinforzo del II. tono sul focolaio aortico. Polso = 76, ritmico, un poco celere, pressione alla radiale mm. 118 (Riva Rocci).

Nulla a carico dell'addome e degli organi addominali.

Pleiade ganglionare inguinale bilateralmente, non all'epitroclea.

Tiroide non si palpa.

Urine = D. 1022 — Albumina assente, glucosio assente.

R W nel sangue: positiva con tre antigeni.

R. W. nel liquor: positiva con tre antigeni.

Nel Liquor albumina 0,70 0|00, linfocitosi lieve (65 per mm.c.).

La reazione del mastice dà flocculazione 1|2: 1|4: 1|8: 1|16.

Sistema nervoso: Oculomozione mono e binoculare tutta normale: non tremori nelle palpebre socchiuse. Campo visivo normale: *visus* regolare. Non si riesce a provocare diplopia.

Nulla a carico dei nervi cranici salvo qualche tremore nei muscoli periorali. La protrusione della lingua si fa regolarmente senza tremori.

La motilità attiva e passiva degli aa. superiori ed inferiori è tutta possibile regolarmente.

L'andatura è un poco incerta ma senza inceppi notevoli: gravemente compromesso appare invece l'equilibrio nella posizione di Bracht-Romberg.

Riflessi periostei dell'arto superiore (apofisi stiloide del radio e del cubito) vivacissimi.

Riflessi tendinei: rotulei nettamente esagerati (superiore, medio e inferiore) bilateralmente: achillei vivacissimi eguali; non clono.

Riflessi cutanei e addominali e cremasterico presenti.

Pupille anisocoriche : C. > S. : le iridi non reagiscono nè alla luce, anche con stimolo intenso, nè all'accomodazione.

Riflesso corneale assente.

Riflesso faringeo presente.

L'esame della sensibilità superficiale e profonda non dà risultato attendibile.

L'esame della parola, dato un modico grado di balbuzie preesistente lascia apprezzare non notevoli disartrie che si indovinano più che constatare specialmente in base al prolungamento ondulatorio delle vocali e alla elisione di sillabe nel corpo delle parole di prova.

*
* *

L'esame di questa storia clinica da cui emerge nettamente e per sintomi fisici (sintoma di Argyll Robertson, fenomeno di Romberg, iperreflettività, anisocoria, disartrie elisive) e per i sintomi psichici (fatuità della ideazione, idee di grandezza enormemente eccessiva, vacuità affettiva, acquiescenza di contegno con l'ambiente e con le persone, non coscienza dello stato di malattia,

euforia) la diagnosi di Paralisi Progressiva, richiama alla memoria le lunghe discussioni che in seno alla *Societè Clinique de Médicine Mèntale* ebbero luogo dal febbraio 1914 al giugno dello stesso anno sul pericolo pubblico che veniva rappresentato da numerosi casi di alienazione mentale, specie di fenomeni psichici della paralisi progressiva, nel personale delle Ferrovie Francesi.

Discussione che seguiva a distanza di tre anni l'esito negativo sortito da un pubblico esposto del Paçtet al Ministro dei Lavori Pubblici di Francia sui pericoli creati da sindromi psicopatiche misconosciute o inavvertite negli addetti alle Ferrovie, cui al di là dell'Oceano aveva fatto eco Coombs Knapp con più fortunato esito presso le grandi Compagnie Americane.

Promossa ancora dal Pactet con la presentazione di un paralitico generale, fuochista delle Ferrovie dello Stato Francesi, la discussione venne arricchita successivamente dal Règis con 4 casi: due di paralisi progressiva, uno di delirio allucinatorio, uno di demenza presenile arterosclerotica; poi nuovamente dal Pactet stesso con il caso, veramente classico, di un deviatore addetto a cabina da blocco che, affetto da delirio melanconico, compiva costantemente, sotto l'influenza di idee di colpa e desiderii di espiazione, atti degni di riprovazione nella speranza di attirarsi quei castighi espiatorii di cui si sentiva meritevole, e che, durante il suo delicato servizio, era continuamente assalito dallo scrupolo di aver dato via libera ad un treno anzichè arrestarlo o convogliarlo su altro binario.

E più tardi ancora dallo stesso Pactet veniva arricchita la casistica con un fuochista anch'esso paralitico progressivo, con un capotreno alcoolista cronico, con un meccanico in preda a delirio allucinatorio cenestesico, dal Marie con un macchinista paralitico progressivo, che, in piena euforia, aveva trascurato segnali di protezione e causato uno scontro, e da altri numerosi alienisti quali il Dabout, il Truelle, il Briand, il Vigouroux.

D'altro canto nella sua Thèse de Paris Maurice Provost ribadiva con numerose osservazioni personali la necessità di un esame periodico frequentissimo di quegli agenti ferroviarii che hanno la responsabilità della conduzione dei treni o dei meccanismi delle linee e delle stazioni, richiedendo per tali esami l'assistenza di medici alienisti o altrimenti pratici di malattie mentali, e reclamando anche la dispensa dall'obbligo del segreto professionale per quei medici sotto la cui osservazione cadessero casi di disturbi psicopatici in individui gravati della responsabilità di vite umane, ed eventualmente anche l'obbligo, in tali casi, della denuncia, analogamente alle malattie infettive.

Suscitata così l'attenzione degli psichiatri su argomenti di tanta importanza si era in procinto, almeno in Francia, di compiere qualche passo collettivo, quando tutte le energie vennero assorbite dalla grande guerra e la iniziativa posta in quarantena.

Ma non mancò il Pactet a risollevarla non appena si profilò il ritorno alla normale vita della Nazione fin dal giugno 1921, mentre più urgente si faceva il problema con l'enorme sviluppo preso da tutti i mezzi di trazione meccanica.

Da allora gli alienisti francesi, e non certo i minori, si sono occupati senza posa della questione riaperta e, subito, documentata sempre dal Pactet con la presentazione di ancora due casi di paralitici progressivi: l'uno deviatore, l'altro macchinista, ambedue in piena attività di servizio e ciò nonostante ricoverati per fughe dal servizio stesso.

Nella stessa seduta del 30 giugno 1924 al Pactet seguirono il Briand, il Dupouy, il De Clérambault con il caso di un cantoniere, affetto da paralisi generale che, per due giorni di seguito era riuscito ad arrampicarsi su di una locomotiva senza persone a bordo e a metterla in moto, con evidente pericolo, solo scongiurato da tempestivi interventi; il Trénel con tre casi di paralisi progressiva in un macchinista, in un capotreno, e in un

deviatore, trovato una notte del 1921 in mezzo ai suoi scambi mentre, in preda ad evidenti allucinazioni attendeva di piè fermo l'avanzata dei tedeschi, il Marchand, con un epilettico dalle numerose assenze, conduttore di taxi, e il Truelle.

E ben presto l'attenzione che d'altro canto sulle osservazioni del Ch. Fiessinger, si era portata sui conducenti di autoveicoli si congiunse con quella risvegliata dal Pactet, sicchè l'argomento fu riguardato sotto un unico punto di vista.

Nella seduta del 27 aprile 1925 la Société Médico Psichologique ascoltava il rapporto dell'illustre patrocinatore francese dell'Igiene Mentale, Ed. Toulouse e dei suoi collaboratori R. Dupouy e P. Schiff che segnalavano come, in appena 18 mesi, dall'inaugurazione del Servizio di Profilassi Mentale ben 36 fossero stati i conducenti di autoveicoli che erano stati riconosciuti psicopatici (così ripartiti: Psicastenia, ossessioni e impulsi senza demenza 12; Tossicomania 2; Epilessia 2; Alcoolismo cronico senza indebolimento mentale 5; Alcoolismo cronico con sindrome demenziale 2; Forme psicopatiche varie 2; Paralisi progressiva 10: ed affidava, a poca distanza da altra inchiesta condotta dall'Accademia di Medicina, in seguito ad un incidente occorso ad uno dei suoi membri, l'incarico di un nuovo e complessivo rapporto ancora al Pactet, vero antesignano del problema.

Ed il Pactet riassume magistralmente nella seduta del 25 maggio 1925 vecchie e nnove osservazioni e tra queste cita la notevole e impressionante statistica del Vernet sui 64 ferrovieri internati in 24 anni nel solo Asilo di Maréville (Nancy) con decisa prevalenza nosologica della paralisi progressiva.

E. dopo aver accennato, ad un caso di Dupouy e Schiff circa un guardabarriere affetto da psicosi periodica, moltiplica i suoi casi personali che raggiungono in meno di 5 anni i 20 per i ferrovieri, oltre numerosissimi casi per i conducenti di autoveicoli, ed in ispecie di autobus: e fra questi interessantissimi quelli di due

conducenti di taxi epilettici a manifestazioni prevalentemente equivalenti ed atipiche. Al primo, per giunta cocainomane, al volante della sua macchina, nell'ora del maggior traffico, in piazza della Bastiglia, preso da malessere trova appena la forza di gettare la sua vettura sul marciapiede e cadere senza conoscenza, l'altro con crisi di furore postepilettiche, talora equivalenti, che per la minima contrarietà di un cambiamento di itinerario si precipita per Parigi alla velocità di 80 km. all'ora.

Ancora: un mese dopo Dupouy e Schiff presentano un nuovo caso di un conducente di taxi, paralitico progressivo che in poco più di un anno è causa di ben 3 investimenti e che seguita a condurre automobili sin quasi alla vigilia del suo internamento nostante che sintomi psichici e sintomi fisici sieno manifesti e raggiungano quelli un incoerente delirio di grandezza, questi la perdita delle urine e delle feci.

E Roubinovitch narra nella stessa seduta di una manifesta sindrome di Bayle riscontrata casualmente in un conducente di auto pubblica che l'aveva condotto ben lontano dall'indirizzo richiesto, mentre è tutt'affatto recente al di là dell'Oceano la relazione di Ameghino sul caso di un macchinista, che, viaggiando, è vero, per essere condotto in Manicomio per paralisi progressiva, su un diretto internazionale fra Argentina e Paraguay, riesce, lungo i montatoi delle vetture a portarsi fino alla locomotiva, dove si slancia sui freni e sul regolatore riuscendo ad aprir questo e a manovrare quelli e viene rattenuto a stento con una lotta veramente tragica dal personale di macchina.

Più eloquente ancora è la statistica che l'Ameghino fa seguire al suo caso, tratta da la statistica di un ventennio del Manicomio Nazionale di Las Mercedes. Ben 108 sono i macchinisti internati in detto ospedale dal 1905 al 1925 e di essi 28 appartenevano in modo certo alle ferrovie e alla marina, mentre per gli altri non v'è alcuna indicazione. La statistica nosologica reca 66

alcoolisti, 31 paralitici progressivi, 4 dementi precoci, due in accesso confusionale, 2 epilettici, 5 con idee e tentativi di suicidio. Di questi ricoverati uno, affetto da amnesia lacunare e alcoolista cronico era stato causa di un disastro ferroviario a Concepcion (Uraguay).

I voti formulati in conseguenza di così vasta discussione e del più recente rapporto del G u i l l a i n (25 gennaio 1926) richiedono fermamente che nell'esame medico periodico che non tutte le compagnie francesi praticano, venga tenuto il massimo conto dello aspetto mentale, come nell'assunzione del personale dell'aspetto psicologico e che detti esami vengano praticati con l'assistenza di uno psichiatra o, almeno, che tutti i medici ferroviarii, come i medici carcerarii e i medici di bordo, siene tenuti a dimostrarsi in possesso di speciali cognizioni psichiatriche e, infine, che esami psichiatrici vengano prontamente istituiti sia in seguito ad ogni anche minimo incidente, sia al più piccolo disordine del contegno in quegli agenti che hanno affidate mansioni di più diretta responsabilità.

***

Io non so se in Italia, ove spesso la casistica psichiatrica è tenuta in non cale e si mantiene nell'ombra, siasi ventilato mai qualcosa di simile, nè se le Ferrovie dello Stato abbiano adottato provvedimenti in proposito.

La nostra letteratura per quanto io mi sappia non riporta casi del genere e se, d'altra parte, è certo che il movimento per visite periodiche a conducenti di veicoli in moto ebbe in Italia pioneri convinti nel P e t r a z z a n i e nel P a t r i z i, non si può davvero constatare che la recente revisione sanitaria dei conducenti di autoveicoli sia stata anche lontanamente condotta su criterii psichiatrici e meno ancora psicologici e psicometrici. Affidata a Ufficiali Sanitarii sopraccarichi di lavoro e di responsabilità, e non tutti, certo, per specializzazione di studii e di mansioni, disposti ad un

esame anche superficiale in materia, questa revisione, deprecata dagli interessati come un balzello oneroso ed inutile, non poteva condurre a risultato qualsiasi nel campo mentale e meno ancora psicologico. E ciò nonostante critiche e proteste si sono levate nel campo degli oculisti che hanno reclamato il loro intervento di specialisti, certamente proficuo, ma scarse e ben fioche sono state le voci dei timidi psichiatri e degli psicologi, quasi il campo esulasse dai loro studii o dalle loro attività.

Se la presenza in qualità di consulenti presso la Direzione del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato di illustri alienisti nostri tra cui cito a caso il Giannelli, il De Sanctis, il Ventra, dà un notevole affidamento che i problemi psichiatrici sanno essere colà vagliati, casi però, purtroppo, come il nostro stanno a dimostrare che alla periferia non tutte le cautele furono prese. Non è possibile, per quanto l' inizio ed il modo di invasione della sindrome psicopatica sieno stati subitanei ed improvvisi, che piccoli segni premonitorii, a noi negati, non abbiano accompagnato lo stabilirsi di sintomi organici alquanto sviluppati.

E ne fa certamente pensosi il considerare come il nostro P. avrebbe potuto nel corso del suo stato euforico, nel suo delirio grandeggiante, di potenza, trascurare o considerare inutili tutte quelle misure prudenziali che accompagnano la marcia dei treni (v. caso di Règis di un macchinista che, oltre ad altri incidenti, aveva, in breve volgere di tempo, procurato due disordini di marcia ai convogli da lui guidati, una volta col sorpassare a tutta velocità due stazioni di seguito ove invece doveva fermarsi, nonostante duplice segnale di disco chiuso) ed esser causa pertanto di disastri irreparabili.

Nè d'altronde il nostro caso è isolato: nella mia breve carriera psichiatrica e nel ristrettissimo cerchio della mia pratica professionale da piccola città di provincia, mi sovviene già di altri tre casi.

Si trattava nel primo di essi di un macchinista ferroviario che venne all'Ambulatorio per le Malattie Nervose e Mentali della Congregazione di Carità di Roma, diretto dai Proff. Giannelli e Mòglie perchè da qualche tempo soggetto ad attacchi epilettici fugacissimi, vertiginosi; se di esso non ho presente la storia, e me ne dispiace perchè interessante anche dal punto di vista clinico, ricordo però nettamente che vi fu bisogno di tutto il benevolo ed autorevole interessamento del prof. Giannelli perchè venisse accolta la domanda del P. per essere destinato ad altre mansioni.

Degli altri due casi della mia pratica privata dirò che si tratta in uno di un frenatore ferroviario, tal D. C. E. che insieme con i segni di una profonda intossicazione alcoolica dava a sospettare senza che. pur troppo, in seguito a suo trasferimento sia stato possibile precisare il sospetto, una incipiente paralisi progressiva; in altro di un conducente di Corriera Automobilistica, cugino di un nostro ricoverato maniaco depressivo, che presentò un notevole stato psicastenico, ora fortunatamente in via di dileguare, con agorafobia, ossessioni, tremori, impulsi, aggravato da un certo grado di intossicazione alcoolica e nicotinica.

Ho d'altra parte ricercato nella statistica dei nostri malati i casi di malattie mentali tra personale delle ferrovie e conducenti di automobili e ne ho trovato un numero che non appare certo notevole ad un primo esame, restringendosi ad un totale di 8 casi compreso il nostro P., e di cui tre riguardano personale non addetto al servizio dei treni trattandosi in uno di meccanico delle officine di riparazione, in un secondo di un capo-gestione merci, nel terzo di un capo squadra allo scarico delle merci.

Ma, ove si ponga mente allo scarso sviluppo della rete ferroviaria nella nostra Provincia, che si limita in tutto a 5 tronchi di breve sviluppo e di scarso traffico e a un sol nodo ferroviario di limitata importanza, Sulmona, donde diramano quattro di detti

tronchi, e all'incremento ancora assai arretrato dell'automobilismo locale, sebbene in continuo aumento, e, d'altra parte, alla recentissima apertura di questo Ospedale Psichiatrico che, raggiungendo nell'anno il suo trentesimo anniversario, sarà solo al decimo del suo completamento edilizio e quindi della riunione di tutti i suoi dementi; ove a tutto ciò si ponga mente, il valore del totale dei nostri casi apparirà — io penso — di ben altra importanza e sarà indice di una situazione di cose che non può non destare qualche preoccupazione.

Dei nostri casi un solo appartiene alla categoria dei conducenti di autoveicoli:

Sch. 2793 — G M. di anni 25, da Paganica, chauffer privato.

Non eredità psicopatica: un fratello morto, invalido di guerra, tubercolotico.

Enuresi notturna fino a 15 anni. Tranma al capo in corrispondenza dell'arcata sopraciliare D. esternamente, con postumi in strabismus sursum vergens convergens e in paresi lieve periferica del VII di D.

Lues da due anni.

Fisicamente null'altro da segnalare.

Precedentemente al suo ingresso, che avviene il 22 aprile 1925, e precisamente una quindicina di giorni prima, salito improvvisamente su di una automobile incustodita, e (perchè, ei dice, istupidito e comandato dagli sguardi delle persone che incontrava, con « la trasmissione del pensiero ») la mise in marcia e fuggì con essa a Roma. Colà commise stranezze nei riguardi della sua padroncina che pretendeva accettasse il suo amore, e in un caffè dove « chi sa che gli avevano messo nelle bevande » derte luogo a una clamorosa scenata con rottura di vetri e stoviglie, che finì col suo arresto e successivo rimpatrio.

Nell'Istituto ha mantenuto contegno fatuo, con negativismi e atteggiamanti catatonici, tendenza alla fuga ecc. : ad una apparente remissione che permise di riconsegnarlo in esperimento alla famiglia seguì, dopo quattro mesi, una recrudescenza di tutti i sintomi psicopatici che ne resero nuovamente urgente il ricovero e d'allora è andato progres-

sivamente presentando caratteri demenziali; sudicio, passa le sue giornate spesso a cantare canzoni sconnesse, altre volte assume atteggiamenti catatonici, negativismi, automatismi, fughe e, recentemente, violenze.

Lasciati da parte i tre casi che, come prima si è detto non riguardano personale direttamente addetto al servizio dei treni restano quattro casi che tolto il caso che abbiamo per primo esaminato riassumerò il più brevemente possibile:

Sch. 581 — V. D. cantoniere ferroviario, di anni 47, da Bugnara, ammesso il 23 aprile 1909.

Madre morta di tubercolosi: non eredità psicopatica paterna, consanguinei alienati nel ramo materno.

Malaria. Polmonite.

Pervenutogli pochi giorni prima del suo ingresso ordine di trasferimento divenne pensieroso, malinconico, fece discorsi sconnessi, mise in opera tentativi di suicidto.

Nell'Istituto presentò mutacismo, indifferenza, apatia: sembrò esservi qualche germe delirante di gelosia. Scarsamente orientato. deficiente la attenzione spontanea.

Migliorò dallo stato malinconico entro due mesi e venne riconsegnato alla famiglia.

Sch. 1281 — C. O. di anni 24, da Sulmona, applicato alle Stazioni ff, capostazione, ammesso il 27 settembre 1916.

Zia materna psicastenica. Sproporzione di età fra i genitori. Ha contratto lues. Fatiche e preoccupazioni.

Dodici anni fa ricoverato per due mesi in una casa di salute.

Da qualche tempo eccitabile, vanesio, strano, ha seguitato a prestare regolarmente servizio fino a pochi giorni prima del suo internamento, causato dall'aver mostrato tendenze omicide e distruttive, in uno con viva agitazione psicomotoria, logorrea.

Qui esprime incoerenti e vacui delirii di grandezza, è euforico, (si sente come un leone) ha infantili idee di persecuzione, scialbo, instabile, logorroico e ideorroico.

Si fa diagnosi di paralisi progressiva: dimesso una prima volta per una breve remissione rientra il 19 gennaio 1917 ed abbandona nuovamente in remissione e ad istanza della famiglia il nostro Istituto nel giugno successivo.

Sch. 1668 — P. U. di anni 18, da S., telegrafista ferroviario ammesso l'11 luglio 1920.

Non risulta eredità psicopatica nè alcuna malattia degna di nota nell'anamnesi familiare personale. Da pochi giorni, improvvisamente è entrato in grave agitazione psicomotoria con vivaci disordini sensoriali specialmente a carattere uditivo: disordinato nel contegno e nell'atteggiamento, ha del manierismo nell'abbigliamento che residua anche quando lo stato confusionale dilegua in capo a pochi giorni dal suo ingresso.

Riordinato infine psichicamente viene dimesso tre mesi dopo il suo ingresso: con diagnosi di eccitamento sensoriale e sospetto di demenza precoce.

Non che io voglia da questa breve statistica desumere una impressionante frequenza di sindromi psicopatiche nel personale delle nostre Ferrovie cui è si spesso affidata la nostra vita.

Ma occorre che tala eventualità venga costantemente segnalata perchè l'accorrere ai ripari tempestivi sia preso in quella considerazione che è dovuta ad ogni questione che tocchi da vicino le complesse responsabilita di organizzazioni si delicate in cui è si spesso posta in giuoco la vita umana

Onde pensiamo di dover far nostre le conclusioni del Provost e quelle del Régis e le recentissime del Pactet e della Commissione presieduta dal Balthazard sulla necessità di frequenti visite periodiche con particolare riguardo alle condizioni psichiche, ed intendiamo con ciò e le psicologiche e le psicomotrici e le psicopatologiche, ai macchinisti, capotreni, deviatori, guardabarriere, capostazioni e delle ferrovie e delle tramvie e in generale di tutti i conducenti dei veicoli in moto.

Ove queste visite sieno già in atto — e ci scusiamo di non esserne per ovvie ragioni a conoscenza — ci sembra, dal caso riferito, che emerga la necessità che esse sieno rese più minuziose. e, accompagnate da opportuni provvedimenti circa il segreto professionale, che non ha ragione di esistere laddove la vita dei molti è in pericolo, e circa il trattamento economico degli esonerati, vengano conglobate con tutte quelle indagini familiari (nel nostro caso vedi infezione luetica della moglie) e tutti quei mezzi di ricerca che il laboratorio offre in abbondanza e che, specialmente nella infezione luetica ignorata o trascurata possono già segnalare nel disimpegno di funzioni di così alta responsabilità individui medicalmente sospetti, allo stato, per così dire, potenziale rispetto alle psicopatie.

E sarà già una notevole conquista che, in altro campo, ma pur sempre sul terreno della disciplina del lavoro e delle energie individuali aprirà la strada alle brillanti affermazioni di quell'Orientamento Professionale che nei suoi procedimenti di studio delle attitudini fisiche, psichiche e psicologiche, ci tarda di vedere applicato anche da noi su larga scala.

Aquila degli Abruzzi 15 aprile 1926.

BIBLIOGRAFIA

ALESSANDRINI A. — *Vocazioni e attitudini* (Note di orientamento professionale - Offic. Graf. Vecchioni - Aquila 1925).

AMEGHINO — *Conduttori ferroviari e marittimi alienati* (Revista de Criminologia, psichiatria y medicina legal - Maggio-giugno 1925).

COOMBS KNAPP — *General Paralysis a sa menace to public safety in trasportation.* (Boston Medical and Surgical Journal - 1908 pag. 187. Department of Neurology Harvard Medical Sehool - Boston 1910 - vol. IV - pag. 1911).

DAUNIC e VOIVENEL — *Aliénation mentale chez les émplovés de chemins de fer* (Bull. de la Socieié Clinique de Mdicine Mééntale - pag. 118 - aprile 1914).

DUPOUY R. e SCHIFF P. — *Conducteurs de taxi, accidents multiples et condamnations - Paralysie générale.* (Soc. Méd. Psychol. séance du 29 juin 1925).

PACTET — *L'Aliénation méntale chez les Employés de Chemin de Fer et des Compagnies de Transport en commun. Un danger public.* Bull. de la Soc. Clin. de Médic. Méntale - Febbraio 1914.

PACTET — *L'Aliénation méntale chez les Employés des Chemins de Fer* - (Bull. de la Soc. de Méd. Mént. - Marzo 914, pag. 82, ibid. - aprile, pag. 110, ibid. giugno, pag. 181).

PACTET — *Danger résultant de l' aliénation méntale chez les Employés de Chemin de Fer.* (Ann. Med. Psychol. LXXIX année - N. 1 - giugno 1921).

PACTET — *Les troubles méntaux chez les méccaniciens des chemins de fer et les chauffeurs d' automobiles.* (Soc. Méd. Psycholséance du 25 maggio 1925).

PACTET - BRIAND M. - H. COLIN - R. DUPOUY - DE CLERAMBAULT - TRENEL - MARCHAND - LEGRAIN - TRUELLE — *Discussion sur Deux paralytiques généraux: l'un aiguilleur, l' autre conducteur de train dans les grandes Compagnies des chemins de fer.* (Soc. Med. Psychol. seduta del 30 giugno 1924).

PATRIZI — *Automobilismo e Psicometria.* (Corriere della Sera 21 mag. 1909)

PETRAZZANI — *Disturbi nervosi improvvisi e infortuni di automobilismo.* (Riv. di Freniatria - Vol. XXXIII - n. 1 - 1906.

PEGIS — *L'aliénation méntale chez les méccaniciens et les chauffeurs des Compagnies des Chemins de Fer.* (Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment. - M rzo 1914, pag. 87).

PROVOST (Maurice) — *Aliénation Méntale chez les Méccaniciens Employés des chemins de fer et de transport publico.* (Thèse de Paris. 1914).

VERNET PAUL — *Les Employés des Chémins de Fer. ecc.* Cit. da Pactet.

TOULOUSE ED. - R. DUPOUY - P. SCHIFF — *Les états psychopathiques chez les chauffeurs d'automobiles à Paris.* Soc. Méd. Psychol. seduta del 27 aprile 1925).

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE dell'AQUILA degli ABRUZZI
Diretto dal Prof. FRANCESCO DEL GRECO

Un caso di delirio mistico religioso persecutorio

per il Dr. ALESSANDRO ALESSANDRINI
medico di Sezione

Se già Leonardo Bianchi nota che di Paranoia Religiosa si ode ai nostri giorni parlare molto più raramente che non in passato, meno frequente ancora è che delirii religiosi esplodano con violenza, a contenuto prevalentemente allucinatorio, assumendo poscia, in breve volgere di tempo e con concatenazione non del tutto normale aspetto ed essenza persecutoria, tanto da rendere, in sulle prime, non scevra di dubbii una classificazione nosologica.

Questa considerazione ed alcune particolarità del delirio e dei fatti sensoriali che lo hanno iniziato ed accompagnato ad intervalli, e che per lucidità e complessività di aspetti mi sembrano veramente notevoli han fatto sì che io abbia creduto di illustrare un caso recentemente occorso alla nostra osservazione e tuttora ricoverato in questo Istituto.

Tanto più credo che il caso lo meriti in quanto in esso le allucinazioni in prevalenza visive e auditivo-verbali hanno, specie sull' inizio, un ruolo importantissimo, ruolo che nella Paranoia di cui comunemente si considera forma e sottospecie la Sindrome delirante Mistico-Religiosa, è notoriamente sconfessato dalla maggior parte degli autori (Kraepelin, Tanzi, Laignel-Lavastine, Barbè e Delmas) ed è invece ammesso e sostenuto

in molti casi dal Bianchi, da Del Greco o da molti autori francesi e recentemente ribadito in questo stesso giornale da C. Ventra con la sola differenza che mentre il Bianchi e taluni francesi separano nettamente una Paranoia allucinatoria, il Ventra considera il fenomeno allucinatorio un episodio frequentissimo nel corso della Paranoia, ma non tale da acquistare di essa un valore patogenetico.

Che esso non manchi lo dimostra la storia clinica che riferisco.

Sch. n. 2285 — *Falc. Vincenzo* — di anni 32, contadino, da Caporciano ammesso l'11 marzo 1926.

Genitori non consanguinei. Negasi eredità neuropatica e psicopatica nei collaterali e negli ascendenti: solo sembra che un fratello del padre, ora defunto, sia stato frenastenico lieve.

Padre dedito molto a pratiche religiose: nega lues.

Madre vivente e sana: ha avuto due gravidanze a termine, senza aborti: il primo figlio è morto di malattia imprecisata nella prima infanzia: il 2. è il P., nato a termine, allevato al seno materno con allattamento prolungato, come è consuetudine nelle nostre campagne.

Lo sviluppo della prima infanzia specie per quanto riguarda deambulabulazione e demutizzazione è stato un poco ritardato. Non ha presentato enuresi notturna.

Ha sofferto due volte broncopolmonite.

Nega lues e blenorragia. Beve poco vino. E' fumatore modico.

Coniugato: la moglie ha avute tre gravidanze a termine, senza aborti: i tre figli sono viventi e sani.

Ha frequentato con profitto fino alla III. classe elementare. Sempre di carattere calmo e buono, affettuoso, profondamente religioso e dedito alle pratiche di chiesa: si è fatto notare come un poco sempliciotto.

All'età di 15 anni emigrò in America (S. U. A.) dove risiedè per 4 anni: dopo di che all'età di 19 anni rimpatriò: al momento di imbarcarsi gli avvenne di fare acquisto di una pubblicazione in forma di preghiera scritta su tela (Santa Lettera) che, da quel momento, non l'ha più abbandonato.

Rientrato in Italia, poco tempo dopo andò militare e come tale prese parte alla Grande Guerra per tutta la sua durata, ritornandone sano e salvo: al ritorno andò a nozze e da allora non si é più mosso dal suo paese dove, fino all'esplodere dell'attuale sindrome psicopatica, ha accudito con solerzia e sagacia alla coltivazione della sua terra.

E' individuo di robusta costituzione scheletrica, di statura regolare, di torace ampio e quadrato, con muscolatura valida, colorito roseo.

Leggiera plagioprosopia e mandibola quadrata con modico grado di prognatismo. Non altre note antropologiche degne di nota.

Colorito dei capelli biondo rossastro, della cute bianco rosea; efelidi numerose: occhi celeste chiaro, sistema pilifero sviluppato con inserzioni normali.

Per quanto si presti malvolentieri alle modalità di un primo esame nulla ci risulta a carico degli apparati e sistemi della vita vegetativa. La respirazione si compie normalmente, e la percussione ed ascoltazione nulla rivelano. Il cuore è in posizione normale, l' ictus al 5. spazio intercostale sulla linea emiclaveare: nessuna impurità nei toni cardiaci sulle sedi di ascoltazione: il polso é ritmico, pressione alla radiale mm. —

Nulla a carico dell' addome e dell' apparato digerente: nonostante la recente affezione gastro-intestinale, l'alvo è regolare, feci in apparenza normali. Tiroide non si palpa. Organi genitali normalmente sviluppati.

Urine Λ 1022 - Albumina assente - Glucosio assente - Lieve indicanuria. R. W. nel sangue negativa (con tre antigeni): parimenti nel liquor.

Sistema nervoso — Oculomozione mono e binoculare possibile in tutti i meridiani. Nulla a carico dei nervi cranici, all' infuori di lievi tremori nella lingua protrusa.

Motilità attiva e passiva della testa, del tronco e degli arti tutta possibile.

Andatura normale. Non Romberg, nè disturbi dell' equilibrio.

Non disartrie nelle parole di prova.

Rotulei presenti ed eguali; un po' vivaci bilateralmente. Achillei id.

Non clono del piede, nè della rotula. Validi i riflessi sfinterari.

Non Rabinscki.

Pupille eguali, ampie.

Iridi pronte alla luce ed all'accomodazione. Debole il riflesso congiuntivale; pronto però l'ammiccamento.

L'esame delle sensibilità superficiali e profonde dà risultati normali e di integrità. Non vi è zona di Lähre.

*
* *

Già durante la guerra andò spesso soggetto a sogni che prendevano aspetto di visioni a contenuto mistico. Il primo che oggi ricorda lo ebbe a S Giorgio di Nogaro mentre il suo reggimento era a riposo in quei pressi gli apparve allora la Madonna circonfusa di splendori abbaglianti e gli disse: « Vincenzo, non avere paura, che non ti sarà fatto del male ». Poco dopo areoplani austriaci sopraggiunsero a bombardare la località.

Una seconda volta in trincea tornò ad apparirgli la Vergine, indossante il manto celeste: della visione, che fu più complessa di quanto non rammemori, ricorda oggi solo che la Vergine gli diceva: « il mio manto è molto sporco » ed egli si affannava a pulirlo credendo fosse sporco di fango, mentre ora ritiene che fossero le sozzure del mondo quelle che lo insudiciavano.

Un'altra volta ancora, mentre era in trincea il Val Giudicaria, vide in sogno il Redentore che si aggirava per i camminamenti e le trincee e intorno a Lui si accalcavano postulanti di ogni grazia. Giunto alla sua altezza anche Vincenzo si fece incontro a Gesù e gli disse: « Signore, a me non fai la grazia? ».

« E che grazia volete? chiese a sua volta il Signore.

« La grazia dell'animo, Maestro » replicò Vincenzo.

Ed allora Gesù sogguardandolo un poco rispose; « Va là, che l'avrai: ho capito che sei furbo abbastanza ».

Tornato in paese nella quiete domestica e nel sereno lavoro dei campi le visioni non si rinnovarono oltre: il Vincenzo frequentò però sempre assiduamente la chiesa e le funzioni religiose e leggiucchiò vite di santi e libri di ascetismo.

Sul finire dell'anno decorso e precisamente sotto Natale ebbe a soffrire di una affezione gastro intestinale non meglio precisata, di breve durata, cui si accompagnò febbre non molto alta.

Costretto a starsene a letto passava il tempo nelle sue preferite letture di religione, segnatamente di un libro intitolato « L' Imitazione di Maria Vergine » vivamente penetrandosi del contenuto.

Fu allora che tornarono visioni mistiche, questa volta non ipnagogiche, ma in pieno giorno, « ad occhi aperti » — sottolinea il P. — e da allora non lo hanno più abbandonato, copiosissime di numero, di aspetti, di contenuto.

Fu dapprima la visione di un Angelo che volava nella sua stanza mentre una strana sensazione lo prendeva in corrispondenza della regione cardiaca: sensazione di fuoco interno che il Vincenzo chiama « dardo d'amore » meravigliandosi come chi lo attornia non se ne avveda e non ne comprenda il significato.

Poi più volte sopravvenne a visitarlo la Vergine che descrive recante in seno dei rami fioriti di mandorlo, ed ogni volta egli provava la stessa sensazione di fuoco interno, talora più a carico dello stomaco o degli intestini che non del cuore.

Riavutosi in breve dalla malattia parvero diradarsi per qualche giorno le visioni, ma già ai primi di febbraio accostandosi alla S. Comunione si sentì investito da un fascio di luce potentissimo e bianchissimo che gli circonfuse il capo di una aureola di splendore.

Ma egli non se ne meravigliò nè ne rimase turbato: sapeva già di essere stato prescelto per una grande missione: ad ogni modo, se di conferma avesse avuto bisogno, gli bastò d'indi innanzi lo straordinario fatto che ogni qual volta aprisse a caso il suo libro preferito (la Imitazione di M. Vergine) la prima frase che gli saltava all'occhio era sempre un ordine più o meno palese, un incitamento costante ad andare per il mondo a ravvivare la Fede e la Religione.

Ciò nonostante una conferma più diretta ebbe da una apparizione della Madonna che, lamentatasi della decadenza della devozione per Lei, gli ingiunse: « Il Mondo vuole distruggere il mio culto, ma tu sei chiamato a riparare siffatto oltraggio ».

Da allora comincia una tremenda lotta nell'animo di Vincenzo. La vita terrena lo tiene incatenato alla famiglia, alla casa alle sue faccende: la missione celeste lo chiama altrove ed egli non sa staccarsi da quella per seguire questa.

Ed ecco che le visioni lo incalzano in ogni attimo di lòtta e di tentazione; i suoi bambini gli sono d'intorno ed egli sente immobilizzarsi il suo braccio che altrimenti potrebbe schiantarli: la sua donna lo avvicina, egli intravede in lei « quello — dice oggi — che non si sa? tutte le donne desiderano » il desiderio, l'invito all'accoppiamento e subito gli appare la Vergine che lo ammonisce a decidersi per Lei o per la terra: « Se ti contenti del posto che ti trovi ti esporrai a non avere più alcun posto in Paradiso ».

Poi, le esortazioni divengono minacce: in un'altra visione Cristo lo avverte che per amor suo egli sarà martirizzato più intensamente di Lui: alle minacce segue qualcosa di più concreto ed è — a nostro credere — uno dei fatti sensoriali più completi in cui ci sia dato constatare nella pratica quotidiana.

Disamorato dal lavoro, incapace per l'interno affanno a rimanere in casa, va girovago per la campagna. In una di queste scorribande, giunto in un burroncello, avverte il suo « dardo d'amore » e subito fra il solito splendore gli appare corrucciata la Vergine. Al vederla così egli cade in ginocchio e supplica che alle sue colpe sia data adeguata punizione col consegnarlo ai demonii: ma d'un tratto tuona una voce: « *Terribile nomen eius* » e una mano possente lo afferra alla nuca e lo sbatte violentemente a terra bocconi, mentre una nausea violenta gli sale alla gola e lo incoglie un vomito di spiriti maligni tra grida e contorcimenti. Accorre gente a toglierlo da quella posizione e fu la sua rovina — oggi egli dice — perchè non potè finire di soffrire tutte le pene che meritava.

Intanto i suoi aumentano, come è naturale, di premure e di affettuosità e la lotta intima diviene più intensa: è il Vescovo che deve liberarlo dal molesto affetto dei suoi e deve lasciarlo libero di andare per il mondo a predicare il ritorno alla Fede e all'amore di Maria SS.ma, mentre egli stesso si sente invaso da poteri sovrumani, per cui col solo

stendere il braccio potrà far questo o quello, e dal fumo che esce di bocca alle persone che incontra egli sarà in grado, per certe modalità che egli solo conosce, di intuire se l'anima loro è perversa o buona.

Ed egli si parte di nascosto dal paese e viene in Aquila compiendo a piedi in una giornata terribile di vento e di neve i 22 km. di cammino per parlare con il Vescovo: non lo trova ed è la sua condanna.

Egli sarà ripreso dai suoi e l'affetto per la famiglia si farà nuovamente strada ed egli non saprà abbandonarla ed allora la punizione Divina non tarderà a raggiungerlo con ogni sofferenza, ogni martirio.

Ricondotto in paese diviene clamoroso, predicatore, cerca farsi del male: le visioni sono continue: due giorni dopo viene ricoverato nel nostro Ospedale.

Stato attuale — I primi due giorni dopo il suo ingresso qui si mantenne calmo, obbediente, rispettoso. Mostrò interessamento all'ambiente, familiare con il personale di assistenza, solo un poco dissimulatore nel contegno, specie nelle risposte. Bastò però sottoporlo ai primi esami ed interrogatorii perchè cominciasse a snocciolare non solo la sua missione ma la sua divinazione su ciò che dovrà avvenirgli. Egli è stato infatti inviato da Dio in questo Istituto per esservi punito della disobbedienza agli Ordini Celesti e noi tutti pertanto ci adoperiamo perchè egli soffra ogni possibile martirio.

In questo senso infatti vengono interpretati i bagni cui viene sottoposto, il prelevamento del sangue e del liquor per le ricerche sierologiche, (che poi si trasformerà addirittura in tentativo di avvelenamento) in breve ogni ordine che gli si dà, ogni cura che gli si rivolga.

Ritiene che il suo martirio sia fissato, a simiglianza e ripetizione di quello del Redentore per la prossima Pasqua ed assicura che la morte non gli fa paura perchè il giorno di Pasqua risorgerà e sarà egualmente a casa sua; ma poichè morte gli si deve dare, perchè è questo l'Ordine Divino , non lo si faccia soffrire tanto, lo si uccida piuttosto a revolverate.

Ha attenzione pronta, facilmente distraibile: risponde sufficientemente a tono e con celerità, ma si perde subito dopo in contabulazioni. E' orientato nettamente circa le persone e il luogo, un poco meno nel tempo.

Fatto alzare e scendere nelle sale di riunione non si unisce agli altri malati, ma siede nel mezzo della sala in aria meditativa o sta ginocchioni sul pavimento recitando ad alta voce preghiere od invocazioni, Talora, mentre, specie nei giorni successivi. addossato alla finestra sembra conversare col di fuori ed averne risposte, mediante un suo speciale telegrafo consistente nel percuotere a mo' di tasto con il medio di una mano il palmo dell'altra mano, entra in agitazione angosciosa e nel bel mezzo di una improvvisata declamazione incomincia a battersi il petto, a gittarsi in terra con tentativi di farsi del male rendendo necessaria un'assidua e stretta sorveglianza.

Poi nei giorni successivi le idee deliranti vengono elaborate : egli è stato inviato appositamente dal Signore in questo Istituto perchè qui vi è la peccaminosa usanza di lasciar morire i poveri infermi senza somministrare loro i SS. Sacramenti. E soggiunge: « non è forse vero? in questo momento è il Crocefisso stesso (indica quello appeso al muro) che me lo conferma, ed io ho per missione di imporre obbligatoriamentela somministrazione dei SS. Sacramenti a tutti i moribondi ». E a documentazione che egli dice la verità si dà a battere clamorosamente le mani in modo tumultuoso perchè è quello il modo con cui Dio gli attesta che ha detto il vero ed ha esattamente interpretato il suo pensiero, che, naturalmente, durante il nostro interrogatorio, egli ha interpellato con il suo solito telegrafo.

Alla nostra obbiezione del come possa credere che effettivamente si abbia qui tanta trascuranza delle pratiche religiose quando vi è una suora per ogni reparto, che se ne fa un dovere, ci asserisce imperturbabile che è Iddio stesso che glielo ha confermato a mezzo, si intende, del solito telegrafo.

Così oggi vogliamo avvelenarlo ma non più per ordine del Signore ma sibbene per odio contro la Religione: il Signore, d'altra parte, lo permette perchè desidera metterlo alla preva. Ecco perchè lo avremmo avvelenato con i prelevamenti del sangue e del liquor. avvelenamento che il Signore ha neutralizzato prontamente perchè abbia ad espletare la sua missione. E conclude : « Il Signore ci vede e ci ascolta: se uccidete me, di voi non uscirà alcuno vivo di qui ».

Mano a mano il suo contegno si viene facendo più ostile all' ambiente e le interpetrazioni pullulano numerose conglobando tutti e tutto in un vasto delirio di persecuzione donde non si salva nemmeno il medico curante, cui peraltro accorda maggior confidenza e benevolenza.

Ma, tal'è, il fumo che esce a questi nell'alitare dimostra che il suo animo è perverso e perciò anche il medico è male intenzionato contro di lui: buon per lui se sarà risparmiato dalle reazioni violente che non mancano contro gli altri, talora anche contro sè stesso in tentativo di farsi del male ecc.

Chiede insistentemente di essere lasciato libero di andare per il mondo a compiere la sua missione e vivamente protesta perchè non interpetriamo in questo senso i voleri Divini.

Assorto nei suoi colloquii con visioni celesti che tornano di quando in quando ad apparirgli e con le quali d'altro canto si mantiene in continuo contatto, con il suo telegrafo speciale, poco si intessa dei suoi affetti famigliari: non dimanda dei suoi bambini; non ascolta le esortazioni a scrivere loro; si assopiscono in lui i ricordi della sua famiglia e fa capolino quà e là qualcha scialba idea di gelosia e di tradimento.

Ribelle ad ogni trattamento, ha conservato però un discreto appetito, si nutre spontaneamente: non è sudicio; non è insonne.

Ecco una storia clinica che a un primo sguardo può apparire non difforme da tante altre che popolano gli Archivii dei nostri Ospedali Psichiatrici.

Delirio mistico-religioso, delirio di grandezza e di inspirazione, delirio di interpretazione, delirio persecutorio: che più per intravedere la diagnosi di Paranoia? quando si aggiunga ancora un inizio già rimontante agli anni di guerra, quindi presso a poco un otto o nove anni fa.

Ma intanto, già taluni aspetti, talune sfaccettature del poliedrico complesso attraggono l'attenzione.

Il delirio mistico-religioso nella forma messianica, (teomania) è oggi — abbiamo detto — un pò raro. Se Victor Cousin

assegna al misticismo ruolo di uno dei quattro sistemi primordiali della filosofia, il delirio mistico è secondo W a h l un figlio bastardo, un prodotto spurio su cui molte altre condizioni di tempo, di luogo, di coltura e più ancora di biologia incidono con il loro apporto di costruzione e di rifinimento.

Queste condizioni, da una parte, di spirito e di ambiente che sono state poste a base di recenti epidemie mistico religiose in Russia e in Vandea e che si possono anche intravedere nell'indagine psicologica delle vicende del Frate di S. Giovanni Rotondo nel Gargano, e dall'altra di debilità mentale, di predisposizione ereditaria e costituzione subiscono con l'andar del tempo profonde modificazioni reciproche.

Le prime, che sono state già intraviste da M a g n a n ed illustrate in iscorcio da noi dal D e l G r e c o furono recentemente descritte con suggestiva efficacia da W a h l, sebbene dolga dover notare allo eminente collega come egli mostri un pessimismo un poco troppo letterario, un poco troppo di maniera..... francese nei riferimenti alle pratiche e alle credenze di stregoneria del nostro Mezzogiorno: ad ogni modo sono queste condizioni che ogni giorno più tendono a ridursi, a scomparire di fronte all' incedere a gran passi della civilizzazione rapida delle campagne.

Al contrario le seconde prendono decisa preponderanza ed è allora alle teorie costituzionalistiche ed ai loro convinti assertori (D e l G r e c o, V i d o n i, M o r s e l l i, P e n d e, K r e s c h m e r) che bisogsa rifarsi.

Frattanto la mancanza delle condizioni ambientali spiega la rarefazione delle psicosi mistico-religiose perchè la intima essenza costituzionale si volge — è già noto — all'ambiente in cui il malato vive, adotta, per così dire, la esteriorità di moda. Se stregoneria, possessione diabolica, ossessi, incubi e succubi alla fine dell'Evo Medio e del Rinascimento, fluido magnetico nel XVIII secolo (M a g n a n) spiritismo e tavoli mobili, ipnotismo, gesuiti, masso-

soneria sul finire del XIX e ai giorni nostri Ceka e terrorismo in Russia, sono nel corso dei secoli gli aspetti varii delle concezioni deliranti, maggior risalto assume il ritorno sporadicò di aspetti ormai sorpassati, divenuti quasi ancestrali.

Ed a me sembra che un lieve ma non del tutto trascurabile tocco venga aggiunto al risalto assegnato dal sesso. Non che si possa anche lontanamente disconoscere che il misticismo grandioso, il più appariscente per fede e sacrificio e per entusiasmo di proselitismo abbia avuto i suoi più rappresentativi esponenti nel sesso maschile, nè diminuire alcunchè la messa cospicua che il delirio mistico religioso consegue, meglio conseguiva, nei ricoverati maschili dei nostri Ospedali Psichiatrici. Ma se Wahl in rapida corsa attraverso la sua cospicua carriera psichiatrica cita non pochi casi di deliranti mistici di sesso maschile (caso di Marie ecc.) e Tanzi e Bianchi ne citano altri, pure la rassegna dei casi più recentemente pubblicati o almeno di quelli che sono caduti nell'ambito delle mie ricerche (Duprat, Ladame, Flournoy, Privat de Fortuniè e negli aspetti mistico religiosi quello di C. Ventra) e la rassegna dei delirii a contenuto mistico religioso verificatisi nel nostro Ospedale aperto or sono trent'anni, mi induce a ritenere una lieve preponderanza di tali delirii nelle donne: probabilmente imputabile a fattori complessi tra cui l'educativo, ed anche al fatto che il mio rilievo verte sul delirio mistico religioso in toto, non sul paranoico solo. In ogni modo formulo qui un rilievo che può anche essere errato, ma che merita di venire approfondito.

Altri punti salienti che attraggono l'attenzione sono la derivazione logica dei delirii e il decorso rapido, coordinato e pur tumultuoso della sindrome attuale.

Quanto alla derivazione logica dei delirii che già Foville aveva illustrato per molti delirii di grandezza chiamandola *deduzione logica* e che Marandon de Montyel aveva invece

negato riportando il processo di trasformazione del delirio al carattere anteriore del malato riassunto nei due termini: differenza ed orgoglio, essa ha una particolare evidenza nel caso nostro, ed io ritengo, anche, un procedimento non comune.

Comune è infatti che il delirante mistico come il delirante di grandezza passino di un subito o gradualmente al delirio di persecuzione, effetto quasi inevitabile delle interpretazioni deliranti che, ad un dato momento, vengono proiettate dalla affettività individuale nel mondo esterno: trasformazione spontanea preparata di lunga mano cui — dice Garnier — il disordine sensoriale non fa che dare la formula.

Nel nostro malato al delirio di persecuzione si giunge attraverso l'autoaccusa, attraverso l'idea di colpa quasi a carattere lipemaniaco: « gli ordini del Signore non sono eseguiti perchè la vita terrena, gli affetti tengono troppo inchiodato il nostro Vincenzo ed ecco che egli viene sottoposto per volere divino alle nostre torture, ai nostri avvelenamenti, ai nostri martirii perchè venga punito del ritardo frapposto ad eseguire la volontà del Signore ».

E' uno stadio transitorio di breve durata: può darsi abbia esclusivamente carattere di interpretazione delirante delle ansiose cure dei parenti e dal suo internamento qui: ma intanto il fatto sussiste ed è una modificazione non del tutto priva di valore della comune deduzione logica che ci fa ritenere ancora una volta come fosse nel vero Magnan quando sosteneva il delirio di persecuzione era una trasformazione sostanziale della psicosi, contro la opinione di I. Falret, che aveva ritenuto essere il nucleo delirante quello persecutorio e le idee di grandezza esserne un appannaggio appariscente sì ma sempre sovrapposto. Analogamente Duprat interpreta un delirio mistico con allucinazioni, estasi, desiderio della morte, sitofobia, ecc. come sviluppo morboso di idea preesistente di contrarietà, in malato predisposto al timore e alle interpretazioni primitive per educazione religiosa ricevuta.

Quanto al decorso rapido esso non è certo frequente se molti dei quadri morbosi che rientrano nella tanto discussa Paranoia presentano sin dal principio una tarda evoluzione del delirio fino ad una lenta sistemazione. La lentezza del delirio è già nella definizione del Kraepelin ed è ribadito da Tanzi e Lugaro così: « La paranoia è una anomalia costituzionale che rimane la-
« tente in gioventù e si manifesta col maturare degli anni rive-
« stendo la forma di un delirio a lenta evoluzione, coerente e
« fanatico, che si avvicina ai limiti estremi della verosomiglianza
« senza oltrepassarli: che prende alimento da ogni circostanza della
« vita e che si regge saldamente col sussipio immancabile di ogni
« valida memoria, di una critica unilaterale, ma abbastanza acuta,
« di una ostinazione tetragona alle più chiare smentite.

Ben è vero che il delirio pur essendo il sintomo culminante, il punto di massima rivelazione non è l'essenza del processo (Del Greco) e che esso fa pur sempre parte di quella sindrome che è la paranoia e che non è tutta rappresentata dal delirio (C. Ventra) sia esso interpretato come disturbo dell'affettività (Griesinger) o come disturbo primitivo della intelligenza (Westphall e Sander) ma è certo che, ove il suo inizio non risalisse per sprazzi non equivoci ad anni addietro. il suo esplodere attuale terrebbe più dell'eccitamento demenziale che non del paranoico.

Sorregge allora quella costituzione paranoica o paranoidismo che Del Greco sostenne fin dal 1884 basato sulla concezione del Carattere quale coefficiente psichico dell' individuo mentre la costituzione somatico ne è il coefficiente fisico — " modo costante, abituale dell'orientamento nostro fra gli uomini „ — e che nonostante l'opposto parere di Lasègue è ora — abbiamo visto — universalmente accettato.

Questa costituzione, meglio, secondo C. Ventra questa tendenza costituzionale anormale affiora per molti segni nel nostro

P. Tara ereditaria di semplicismo, di debilità mentale sono le caratteristiche basali da cui emerge il misticismo che ha più aspetto formale, esteriore che non sostanziale, un certo misoneismo, una tendenza all'ascetismo che caratterizzano sin dalla prima gioventù il nostro Vincenzo e danno un caldo colorito ai primi disordini sensoriali. " Il manto della Vergine gli appare insudiciato di fango: è gran ventura per lui poterlo nettare: Gesù gli appare in trincea e mentre gli altri chiedono il bene terreno della salvezza della vita egli pensa alla salvezza dell'anima.

Ecco quello che forse i francesi chiamerebbero *tournure* della personalità e che per noi è estrinsecazione del carattere e modificazione del temperamento, entrambi considerati come aspetti psicologici della personalità considerata a sè, ma legata alle condizioni organiche dell'individuo, alla sua costituzione (Viola) per cui, secondo Pende, tutto il corpo prenderebbe parte a quel fenomeno psichico superiore che chiamiamo coscienza.

Purtroppo le condizioni del P. recisamente riluttante ed ostile ad ogni nostro tentativo in proposito, interpretato come tentativo di avvelenamento ed altro non ci hanno permesso un completo esame morfologico costituzionale secondo il metodo del Viola e meno ancora i saggi della funzionalità endocrino simpatica che abbiamo dovuto rimandare a miglior momento, e ciò nell' intento di portare il nostro modesto contributo alla conoscenza di quelle condizioni meiopragiche per ipoevolutismo biochimico (dal Gowers chiamato abiotrofia) che i recenti studii del Fränkel sui lipoidi del sistema nervoso centrale, del Pighini, del Goldstein recano a sostegno delle già affermate teorie costituzionalistiche del Kretschemer e del Pende.

***

Ma, notati questi punti salienti della sindrome morbosa testè illustrata resta sempre a vedere se l'accurata visione del caso le-

gittima la diagnosi pura e semplice di paranoia religioso persecutoria.

In verità la classificazione di quadri psicopatologici, variabilissimi sempre, in schemi che risentono tuttora di recenti e non sopiti dibattiti non è cosa facile quando un primo grave fattore manchi ancora al momento attuale: il tempo in quanto decorso, evoluzione della malattia.

Ma, frattanto, è il nostro delirio religioso persecutorio collocabile sin d'ora nei delirii cronici a evoluzione sistematica, non allucinatorii cui Kraepelin restrinse il concetto di paranoia, o nelle forme sistematizzate della demenza precoce paranoide o nei delirii sistematizzati cronici endogeni, accidentali con dissociazione limitata (Frey) che Kraepelin chiamò parafrenie e che con i secondi si divisero il gruppo dei delirii allucinatorii avulsi dal tronco della Paranoia?

In altra parola tenendo fermo alle conclusioni di Esposito e Riva che vennero adottate nel Congresso di Perugia quindici anni addietro, rigetteremo secondo il paragrafo quarto nella demenza precoce paranoide il delirio del nostro caso ben sistematizzato, stabile, coerente, sol perchè accompagnato da svariate ed imponenti allucinazioni mentre il soggetto conserva vivacissima la sensibilità, la suscettibilità personale, carattere differenziale secondo Del Greco della paranoia vera dalla demenza precoce paranoide?

Tanto più che per quanto intensa sia l'acuzie dei sintomi morbosi sensoriali ed interpretativi appare chiaro che in difetto di ogni alterazione organica non possa adombrarsi il sospetto di una psicosi tossica o di una forma maniaco depressiva in cui secondo gli stessi dovrebbe confinarsi la paranoia acuta.

Entro ai rigidi schemi mal si adatta allo stato attuale il quadro nosologico del nostro P.: allucinazioni vaste e complesse, visive in prevalenza, interpretazioni errate, dapprima egocentriche, indi ostili e persecutorie, dialettica serrata, ostinazione incrollabile del

delirio, contegno deffidente con accenni negativistici partecipano all'una e all'altra casella classificatoria.

Forse maggior adattabilità comporterebbero le classificazioni francesi che ammettono tra i delirii sistematici cronici allucinatorii (Magnan) e i non allucinatorii (Sérieux e Capgras) e tra questi e la demenza precoce numerose forme di transazione non irrigidite in formule inviolabili per quanto anch'esse rendano difficile una classificazione del genere ad un caso di Ch. Blondel

Nè vanno dimenticate a questo proposito la recente analisi di casi di delirio religioso compiuta dal Ladame che sembra riportarsi, a un traumatismo occasionale di origine sessuale emotiva come agente rivelatore, suscitatore quasi di un misticismo che in breve prenderà andamento di delirio mistico religioso; e la già citata ed acuta analisi del Wahl su i delirii arcaici in cui è fatta larga parte a un misticismo rozzo, primordiale, come terreno predisponente e l'accurato studio di Targowla sui delirii polimorfi.

Ed allora solo l'opinione del Bianchi e quella di Vantra, richiamate in principio ci autorizzano provvisoriamente, *in attesa dell'evoluzione ulteriore,* ad adombrare la presunzione che nel *nostro malato costituzionalmente debole mentale con piega paranoide assistiamo ad un evolversi inizialmente e, forse solo apparentemente rapido, di una paranoia in cui maturino, coesistano e diano forza e forma al vasto complesso delirante mistico-religioso-interpretativo-persecutorio, numerose, varie ed intonse allucinazioni visive ed uditive.*

Ad ogni modo giova, concludendo, insistere ancora una volta sulla necessità che non vengano perdute di vista nelle rigide schematizzazioni le modalità e le caratteristiche dei deliri — gli autori francesi vi battono su di un pezzo — che alla clinica recano una immensa e multiforme varietà di contorni, di forme di passaggio,

di sindromi di attesa, che, ancor non è molto, inducevano il Maestro di Monaco alla costituzione del gruppo delle parafrenie e che inspirano alla scuola del C l a u d e la incessante revisione in nuovi aggruppamenti delle sindromi schizofreniche.

Aquila 2 aprile 1926.

BIBLIOGRAFIA

C. N. BLONDEL — *Paranoïa et Hallucitations* (Societé de Psych. Paris 22 Aprile 1910).

L. BIANCHI — *Trattato di Psichiatria* (Pasquale Ed. Napoli).

V. COUSIN — *Histoire de la Philosophie* (Perrin Paris, 1865). Citato da Wahl.

F. DEL GRECO — *La paranoia e le sue forme* (Atti del X. Congresso della Societá Fren. Ital. Napoli 1899).

Idem — *Sulla evoluzioèe del delirio paranoico* (Il "Manicomio., 1894).

Idem — *Il "Carat.ere,, nei dementi paranoidi* (Il "Manicomio,, anno XXXVI N. 1, 1923).

Idem — *L'idea di "costituzione,, nella Psichiatria clinica* (Il "Manicomio,. anno XXXVI N. 2. 1923).

DUPRAT — *Notes sur l'Idée Fixe dans le délire mystique* (Révue de Psychiatrie N. 5. Maggio 1909).

ESPOSITO E RIVA — *Relazione sulla Nosografia della Paranoia* (Atti del XIII. Congresso della Soc. Fren. Ital. Perugia, Rivista Sperimentale di Freniatria, 1911).

FRÉY — *Concéptions de Kraepelin et concéptions françaises concernents les delires hallucinatoires chroniques, Étude comparée* (Thése de Strasbourg 1923).

GOLDSTEIN — Citato da Ventra.

KOPYSTINSKY — *Contribution à l'étude des Psychoses ayant rapport avec évenements politiques* (Révue Russe de Psych. ecc. Marzo 1909).

C. LADAME — *À propos de la Folie réligieuse* (Ann. Medico - Psych. LXXIX. N. 1 - 2 1921).

Magnan e Serieux — *Délires chroniques à évolutions systematisée* in *Psychologie Patologique* (Marie Alcan Ed. Paris 1911).

Pende — *Endocrinologia* (Vallardi-Milano).

Id. — *Il sistema nervoso vegetativo nella vita somatica e psichica.* (Quad. di Psichiatria, vol. XI - n. 1-2 - 1924).

Serieux e Capgras — *Délires systematisée chroniques.* (In *Sergent* Traité de Path. Médic. et Thérap. Appl. Tomo VII. Psychiatrie - Maloine ed. Paris 1921).

Righini — Citato da Ventra.

Privat de Fortunié — *Délires systematisées religieux à évolution chronique.* (Annal. Med. Psych. Ann. LXXXI n. I Gennaio 1923).

Targowla — *Les délires polymorphes.* (L. Encéphale, n. 1 genn. 1926).

Tchige — *Ruolo della vita politica nella etiologia delle malattie mentali.* (Riassunto in Révue Neurol. 1908 pag. 1166).

C. Ventra — *Sulla nosografia e patogenesi della Paranoia.* (Il « Manicomio », anno XXXVII 1924, N. 1).

M. Wahl — *Les délires Arcaiques.* (Ann. Med. Psych. An. LXXXI. N. 4, Aprile 1923.

MANICOMIO INTERPROVINCIALE « L. MANDALARI » DI MESSINA
diretto dal Prof. Dott. GUGLIELMO MONDIO

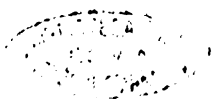
IL BOROTARTROLO

nella cura della Psicosi Epilettica

Per il Dott. MONDIO ENRICO

Il numero dei farmaci che, da gran tempo, si sono adoperati per la cura dell'Epilessia è senza alcun dubbio enorme.

Si sono esperimentati ed adoperati, infatti, con esiti incerti e contradittorii la canfora. la valeriana, l'idrato d'amilene, il cloralio, il bleu di metilene, l'ossido di zinco, i sali di rame, l'arsenico, la belladonna, l'atropina, la pilocarpina, il giusquiamo, l'iosciamina, il curaro, l'ergotina, il gallium, l'assa fetida, il muschio, il castoro, il nitrato d'argento, ecc. ecc.

Sui predetti farmaci, però, ànno per lungo tempo avuto la preferenza, e cioè dal 1853 fino a qualche anno addietro, i sali bromici. L'azione benefica di detti sali, partendo dal concetto che l'accesso convulsivo epilettico proviene da esagerata attività delle cellule corticali, è stata spiegata da Gowers colla proprietà che il bromuro ha di elevare la stabilità di resistenza delle cellule nervose, resistenza la quale sarebbe alterata nello stato morboso dell'Epilessia; altri autori invece spiegano l'insorgenza degli accessi con un avvelenamento di tossine, ed attribuiscono ai bromuri la propietà di diminuire l'effetto delle tossine. In ogni modo qualunque

sia il meccanismo di azione dei sali bromici sta di fatto che essi svolgono una azione sedativa spiccata diminuendo il numero e l'intensità degli accessi. Altri autori dànno la preferenza ad un unico sale, altri alla combinazione di sali diversi.

La Terapia bromica si può dire abbia veramente tenuto il primato nella cura dell' Epilessia, o meglio nel tentativo di diminuire, fino alla quasi scomparsa, gli accessi convulsivi; giacchè ancora dobbiamo dire con Esquirol che: « l'Epilessia idiopatica « non può guarire, ed il medico deve solo eliminare le circostanze « che provocano il ritorno degli accessi e prevenirli, quando si « manifestano con segni precursori ».

Sono noti però gli inconvenienti dovuti a cure bromiche intense e prolungate, manifestantisi con spiccati sintomi d'intolleranza; disturbi dell'apparato digerente, forme di acne, azione sfavorevole sui centri psichici con diminuzione dell'energia cerebrale, azione tossica sul miocardio, sui vasi e sui reni.

Alcuni anni addietro, e precisamente nel 1912, dopo gli studi di Hauptmann, venne suggerita nella cura dell' Epilessia la Feniletilmalonilurea sotto il nome di Luminal. Molti osservatori ne notarono l'azione efficace, per quanto altri abbiamo notato in seguito a somministrazione del predetto farmaco: depressione generale, turbe digestive, difficoltà della parola e sonnolenza.

Agostini poco tempo addietro à dimostrato l'efficacia della terapia combinata iodo-bromo-luminal, sostenendo che tale mezzo terapeutico è superiore a quanti fin'oggi sono stati suggeriti ed adoperati.

Recentemente P. Marie, Crouzon e Boutier ànno esperimentato nella cura dell' Epilessia la medicazione borica ottenendo dei buoni risultati. Questi autori usarono dapprima il borato di sodio (borace), già proposto nella cura dell'Epilessia fin dal 1879 dal nevrologo inglese Gowers, ma poi lo abbandonarono essendosi avuti dei risultati incostanti e contradditorii; in seguito usa-

rono il tetraborato di sodio, ma colla somministrazione di detto farmaco gli autorii sopraccennati ebbero a notare nei pazienti manifesti sintomi d'intolleranza (vomiti, diarrea, eritemi). Infine il Marie ed i suoi allievi introdussero in terapia il tartrato borico potassico nella dose di 3 gr. al giorno ed i risultati che ne ottennero furono, a loro dire, ottimi perchè oltre ad esercitare un'azione benefica sull'andamento della malattia non si lamentarono inconvenienti di sorta.

Dopo tali esperienze la cura borica nell'Epilessia ha trovato nuovi fautori che con ulteriori studii ànno dimostrato la bontà di tale farmaco e la massima tollerabilità anche nei bambini (Negro, Cuneo, Roasenda, Grassi, Muggia, ecc.).

Avuto sentore che l'EUTERAPICA aveva messo in commercio un preparato del genere, denominato BOROTARTROLO, ò voluto esperimentarlo su di alcuni ricoverati nel Manicomio di Messina, sofferenti da un pezzo da accessi convulsivi epilettici, nei quali di recente si era aggiunta anche la Psicosi.

CASO I.

P. SALVATORE, di anni 24. — *Diagnosi:* Psicosi Epilettica in Frenastenico.

Si presenta in scadenti condizioni organiche generali; deperito ed oligemico. Peso kg. 43. Ha frequenti accessi convulsivi, con perdita di coscienza, grido iniziale, emissione di urina, schiuma alla bocca, contratture toniche-coniche, sonno terminale. L'accesso é della durata di un ora circa, e si ripete due o tre volte alla settimana, verificandosi preferibilmente di notte. Oltre a ciò è agitabile, impulsivo, laceratore, delirante, insonne e deficiente in ogni facoltà mentale.

S'incominciano a somministrare gr. 3 di Borotartrolo al giorno, e dopo una ventina di giorni le convulsioni epilettiche diminuiscono per numero e per intensità; l'ammalato diviene più tranquillo e quel che è più, dorme regolarmente la notte.

Dopo un mese e mezzo di cura si nota un sensibile miglioramento anche nelle condizioni fisiche generali dello infermo, che si presenta ora più nutrito, perchè mangia con più appetito aumentando nel peso (kg. 45). D'altro campo gli accessi convulsivi si sono ridotti al punto di averne uno ogni cinque o sei giorni. Mentalmente è anche migliorato nel senso che è calmo e più ordinato, persistendo solo la deficienza originaria.

Nessun sintomo d'intolleranza si è manifestato nello infermo durante la somministrazione del farmaco: non disturbi gastro-intestinali, non eruzioni cutanee o altri inconvenienti che si ànno spesso con la prolungata somministrazione di preparati bromici.

CASO II.

S. MICHELE di anni 33. — *Diagnosi*: Psicosi Epilettica.

Si presenta in discrete condizioni organiche generali; è ben nutrito e sanguificato. Peso kg, 59. Ha frequenti convulsioni epilettiche, sia di giorno che di notte, e il numero di esse arriva anche ad otto nelle ventiquattr ore. E' disordinato, agitabile, disorientato, insonne, confuso nella ideazione, decaduto mentalmente.

Si somministrano gr. 3 di Borotartrolo al giorno, e si continua così per un mese notando gradatamente un sensibile miglioramento fisico e psichico.

Dopo quarantacinque giorni della cura, l'ammalato è più sveglio, più ordinato e più tranquillo. Le convulsioni si sono notevolmente ridotte: una ogni due o tre giorni. Le condizioni fisiche sono ottime: adesso pesa kg. 60. Il sonno che era piuttosto irregolare adesso è normale, per modo che l'infermo riposa bene e si mantiene tranquillo durante la notte.

Nessuna intolleranza à manifestato il paziente per il farmaco somministrato; nessuna variazione nel ritmo del polso e del respiro, e nessun'altro disturbo di sorta.

CASO III.

B. FRANCESCO di anni 20. — *Diagnosi:* Psicosi epilettica.

Le condizioni organiche generali si presentano buone: è di costituzione fisica robusta, e ben sanguificato. Peso kg. 58. Giornalmente pre-

senta delle convulsioni epilettiche, arrivando fino a quattro nelle ventiquattro ore. In genere è abbastanza tranquillo, anzi apatico, torpido nell'ideazione, amnesico, presentando ogni tanto periodi di irrequietezza con impulsi ed aggressività. La notte riposa tranquillamente e dorme abbastanza bene.

Si dànno al solito gr. 3 di Borotartrolo giornalmente, ed anche in questo caso si sono riscontrati notevoli migliorie sia fisiche che psichiche.

Dopo identico periodo di quarantacinque giorni si constata aumento nel peso (kg. 6c), risveglio nelle forze e nella memoria, diminuzione dei periodi di eccitabilità. Ciò in dipendenza della quasi scomparsa degli accessi convulsivi; nell'ultima settimana, infatti, abbiamo notato una sola convulsione e di breve durata.

Anche qui perfetta tollerabilità del farmaco e nessuna complicanza cardiaca, respiratoria o gastrica.

CASO IV.

M. ALFIO, di anni 20. — *Diagnosi:* Psicosi epilettica.

E' in condizioni fisiche un po' scadenti : si presenta deperito e notevolmente oligoemico, Peso kg. 50. Soffre di convulsioni epilettiche nella media di una o due al giorno. Mentalmente si presenta disordinato, disorientato, sudicio, poco coerente, deficiente in ogni manifestazione psichica, non impulsivo. Bisogna inoltre alimentarlo a forza, giacchè è incapace a farlo spontaneamente.

S'inizia la cura col Borotartrolo coll'identica dose, e si vede dopo un certo tempo l' infermo migliorare mentalmente, col diradarsi degli accessi convulsivi. Dopo quarantacinque giorni l'ammalato è più rifatto nel fisico (peso kg. 52), è più sveglio, più comunicativo, meno confuso e mangia spontaneamente. Inoltre negli ultimi dieci giorni non à presentato più accessi convulsivi.

Il farmaco è stato perfettamente tollerato dall'infermo, che nel passato era stato sofferente per disturbi gastrici e intestinali.

Il miglioramento in questo nostro caso è stato più accentuato che negli altri su esposti; tanto che il paziente è stato dimesso dal Manicomio, dopo sei mesi di degenza, e consegnato alla famiglia senza essere più sofferente per accessi convulsivi epilettici.

CASO V.

C. Carmelo, di anni 32. — *Diagnosi:* Psicosi epilettica.

E' in condizioni organiche generali discrete: di costituzione robusta e ben nutrito. Peso kg. 63. Ha frequenti convulsioni epilettiche: in media da quattro a cinque al giorno. Si presenta poi irrequieto, disordinato, incoerente, facilmente impulsivo, con tendenza alle fughe e decadimento psichico globale.

Viene iniziata la somministrazione di Borotartrolo, sempre nella dose di gr. 3 al giorno. Dopo circa un mese gli accessi convulsivi diminuiscono per numero ed intensità.

Terminato il periodo di quarantacinque giorni, l' infermo si presenta più tranquillo e più orientato, mentre i periodi di agitazione psicomotoria sono quasi scomparsi. D'altro canto gli accessi convulsivi si sono ridotti, tanto che nell'ultima settimana non se ne sono presentati. Le condizioni fisiche permangono buone; il peso persiste invariato (kg. 63).

Nessun disturbo od intolleranza si è riscontrato nell'infermo durante il periodo della cura.

CASO VI.

R. Santo, di anni 20. — *Diagnosi:* Psicosi epilettica.

Si presenta in buone condizioni organiche generali: è robusto e ben nutrito. Peso kg. 57. Ha ogni giorno una o due convulsioni epilettiche che lo lasciano per lungo tempo in uno stato di sopore. Generalmente è irrequieto, disordinato, impulsivo, incoerente; la notte si mantiene agitato e insonne.

Si prescrive il Borotartrolo nella dose indicata, e dopo venti giorni l'infermo è più tranquillo e dorme regolarmente; le convulsioni si ànno lo stesso, ma di breve durata.

Dopo quarantacinque giorni, mentre lo stato fisico dell'infermo persiste buono (adesso pesa kg. 60), dal lato mentale si dimostra più tranquillo, e certe volte coerente. Gli accessi convulsivi si ànno quasi ogni due giorni, ma di breve durata e non dànno i fenomeni di depressione che prima si riscontravano.

Anche in quest'ultimo caso, come per i precedenti, non si è riscontrato alcun disturbo, ma una perfetta tollerabilità verso il farmaco.

*
* *

Dalle sei osservazioni succintamente esposte risulta subito evidente l'ottimo risultato del BOROTARTROLO nella cura della Psicosi Epilettica.

Noi, infatti, abbiamo somministrato il farmaco a tutti gli infermi nella dose di gr. 3 al giorno, e abbiamo potuto constatare, anzitutto, che dopo un periodo di quarantacinque giorni di cure ininterrotte, nessun sintomo di intolleranza si è verificato in alcuno; nè vomiti, nè nausee, né capogiri, nè esantemi cutanei, come suole avvenire in cure consimili. E la perfetta tollerabilità del farmaco si è verificata allo stesso modo nei due infermi deboli e denutriti, uno dei quali era stato inoltre sofferente da disturbi gastro-intestinali.

In quanto all' azione esercitata dal Borotartrolo rispetto gli accessi convulsivi epilettici noi abbiamo potuto constatare che esso esplica un'azione notevolmente benefica sui detti accessi. Abbiamo visto infatti in tutti i sei casi una grande riduzione, e in due anzi (nel 4° e nel 5°) la scomparsa assoluta; negli altri casi abbiamo constatato una notevole riduzione nel primo, nel secondo e nel terzo, mentre nel sesto caso il miglioramento è stato meno sensibile. Da tenere presente in ispecie che nel secondo caso le convulsioni, da otto al giorno, si sono ridotte ad una ogni due o tre giorni.

Come si è detto l'azione benefica del Borotartrolo si è esplicata anche come sedativo negli stati di agitazione psicomotoria, da cui erano affetti i pazienti in esame. Vediamo, infatti, l'agitazione riscontrata nei casi 1°, 2°, 5° e 6° scemare, con l'intensificare delle cure, fino quasi a scomparire.

L' azione del farmaco si è manifestata anche favorevole nei casi 3° e 4°, in cui gli infermi erano in uno stato confusionale e

depressivo: vi è stato, infatti, un certo risveglio nelle varie facoltà mentali, tanto da permettere la dimissione di uno dei due dal Manicomio.

Abbiamo constatato, inoltre, che i sofferenti d'insonnia una ventina di giorni dopo l'inizio della cura, ànno preso regolarmente sonno, e così, fino oggi, la notte riposano in modo regolare. Il sonno, infatti, è tranquillo, simile a quello fisiologico, calmo e profondo, senza disturbi di sorta e senza alterazione nel ritmo del polso e del respiro.

Notiamo, anche, con la riduzione degli accessi convulsivi e dei sintomi psicopatici, un miglioramento nelle condizioni fisiche di tutti gli infermi, un aumento nel peso di cinque sui sei in esame, un ritorno dell'appetito in qualcuno di essi.

Infine, abbiamo visto chiaramente che le convulsioni che sussistono in alcuni dei pazienti sono meno intense, di breve durata, e non dànno alcun fenomeno di depressione o di agitazione consecutiva, come si aveva nel passato.

***

Riassumendo quanto abbiamo finora esposto, possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1) Nella cura della Psicosi Epilettica il Borotartrolo esercita senza dubbio una benefica azione sedativa ed ipnotica: gli infermi passano in uno stato di duratura tranquillità, il sonno diviene regolare, simile a quello fisiologico, e durante esso nessuna modifica riscontrasi nel ritmo del polso e del respiro.

2) Nella odierna Terapia il Borotartrolo occupa un posto importante nella cura degli accessi convulsivi Epilettici: esso infatti li riduce notevolmente, sia nel numero che nella intensità, fino, in taluni casi, a farli scomparire del tutto.

3) La perfetta tollerabilità del farmaco, l'assenza di disturbi di sorta, anche in individui deboli e gastropatici, il miglioramento

nelle condizioni fisiche generali degli infermi, ci dànno prove esaurienti per adoperare senz'altro il Borotartrolo, sia nella cura della Psicosi Epilettica, che di conseguenza, anche nelle altre forme di Nevrosi.

Messina, 30 Novembre 1925.

BIBLIOGRAFIA

AGOSTINI — *La Terapia combinata Iodo-bromo-luminal nella Epilessia* — Annali del Manicomio di Perugia, 1923.

CUNEO — *Intorno al meccanismo d'azione dei sali di boro nella cura dell'epilessia* — Note e Riv. di Psichiatria, Vol. 9., N. 3, Settembre - Dicembre 1921.

GRASSI G. B. — *Il tartrato borico potassico nella cura dell'epilessia nell' infanzia* — Pensiero medico, Anno 10, Fasc. 31, 1921.

LUGIATO L. — *I disturbi Mentali* — Hoepli, Milano, 1925.

MANIS S. — *I composti boro-tartarici in terapia* — L'Euterapica, 1924.

MUGGIA A. — *Patogenesi e cura col Borotartrolo di alcune forme convulsive nei bambini* — Gazz. degli Osp. e delle Cliniche, N. 101, Milano 1923.

ROASENDA G. — *Per la cura dell'epilessia e di altre sindromi nervose* — Pensiero Medico, Anno II., Fasc. 6, 1922.

TANZI E LUGARO — *Malattie Mentali* — Società Ed. Libraria Milano, 1926.

TROCELLO G. — *Il tartrato di borile e potassio nella cura dell'Epilessia* — Annali di Medicina Navale e Coloniale, Anno 27, Vol. 2. Fasc. 5. e 6.

TIMIDI E SCHIZOIDI

SAGGIO PSICOLOGICO DI F. DEL GRECO

I.

La nota caratteristica dei timidi

Se davvero la Clinica mentale può recar qualche lume nella indagine dei caratteri umani; è questo il caso, a me sembra: porgere a noi il modo di ricercare, di *fissare qualche linea, riposta, profonda,* nella figura psicologica degli individui, che vengono nomati *timidi.*

Gente, varia e diversa, la quale sta in penombra, non veduta dai più. Di essa, molti hanno, poca o mediocre, intelligenza: adolescenti. donne silenziose e laboriose, chiuse nel giro delle loro mansioni diuturne; talvolta appaiono, per chi bene li considera, forniti di virtù, di attitudini, misconosciute, ignorate.

In altri casi, sono di cospicua o di grande intelligenza, inetti e goffi tra le folle, privi di ogni eloquenza; mentre, poi, nel silenzio del loro studio, la espressione verbale viene ad essi felice, sicura, penetrante: Montaigne, Rousseau, Amiel, Manzoni, Carlo Darwin, ad esempio, ed altri innumerevoli.

Essi presentano emotività, vita interna in genere. operosissima; hanno un ideare, non sempre agevole, risolutivo, ma lento (talora), sordo, che raggiunge la forma definitiva, alla fine, (ed alle volte) con espressioni, con illuminazioni imaginative subitanee.

Dominante vi è l' *arresto nelle espressioni,* il rinchiudersi in sè, la paura della folla e degli altri uomini, il turbarsi per un nonnulla: una obiezione di traverso, un volto arcigno, un sorriso equivoco, li disorienta, li mette in subbuglio. Eccoli, tacciono di un subito, e restano immoti, ostinati in quel loro silenzio. E' inutile premere, gridare per smuoverli, ed offenderli ancora. Nulla si ottiene. Diventano rossi in volto, tremano fino ad aver convulsioni, o si irrigidiscono, come istrice raggomitolato e chiuso davanti al nemico.

Nei timidi adunque la nota significativa è qui, in questa emotività sociale, in questo *miscuglio di paura e di pudore innanzi agli altri uomini,* e nel consecutivo *arresto espressivo:* vero atto di difesa istintiva, mimetismo di un essere, che si raccoglie e si chiude in sè medesimo.

Ma una simile condizione emotiva, percettivo-espressiva, onde si origina? Ha qualche cosa di profondo, di radicale nell' intimo, che ritrovasi tra *le linee e gli sviluppi della persona sua,* intellettuale e morale?

*
* *

Non rechi maraviglia, se alcuni uomini (i così detti timidi, specialmente) appaiano suscettibilissimi davanti ai loro simili. Suscettibilità, lieve o notevole od accentuata, la quale notasi, dopo tutto, in qualsiasi individuo viva socialmente, quale essere sociale. Noi siamo animali da mandra, viviamo in gruppo: l'uomo si forma, è, *in quanto si pone nei rapporti con gli altri,* di simpatia, di attrazione, o repulsione, di soggezione o dominio.

Veggasi, nei popoli selvaggi, che valore ha lo stare assieme, *l'opinione del gruppo,* entro cui si vive; che valore hanno le cerimonie, le tradizioni.

La mentalità collettiva, *l'azione psicologica del gruppo in quanto unità;* ha valore di qualche cosa di sacro, di mistico, di inflessibile, per gli individui, per i componenti, presi singolarmente,

ad uno ad uno. Va, con la credenza che gli antenati sieno, desti ognora *e presenti ed efficaci* nelle direttive loro, dei successori.

Va, con l'apprensione di altri esseri, ritenuti agli uomini simiglianti, e sparsi per tutta la natura ambiente (animali, piante, pietre, ecc.) — Circolo, *dominio di influenze psichiche*, le quali, per fila innumerabili, *tengono stretti* l'individuo singolo al gruppo ed al mondo. E da questo circolo, dalla collettività, dal gruppo in ispecie, vengono a costui, ad ognuno dei componenti. *ingiunzioni, imperativi* di operare, di convincimento, di sentire, che costituiscono quanto dicesi *vita religiosa e morale.*

Imperativi, antichi, assorbiti dal sottosuolo nostro umano, formatisi in noi e con noi; i quali ritrovansi ancora nel soggetto di elevata civiltà. Essi premono, al disotto di qualsiasi coltura d'intelletto, di qualsiasi meditata ragione ed acuta critica; e determinano le opere nostre più gravi.

Lo scettico e tranquillo Bergeret, nel libro di Anatole France, mentre scusa fra sè, giustifica, per fino, la infedeltà di sua moglie; ha con questa un contegno, sostenuto, inesorabile, che non perdona, per quanto mite nelle sembianze e lungi da violenze di atti e di parole.

*
* *

L'uomo, rispetto all'altro uomo, rispetto alle folle, teme un primo *giudizio*, teme l'occhio che indaga, che lo penetra, *che gli va rovistando le intimità più ascose.* Quel giudizio è *approvazione o condanna* (condanna più di frequente).

Infatti, come si sommuovono in noi, nelle profondità d'animo, *gli appetiti*, i desiderii riposti dell'amore, in una con la gamma dei sentimenti personali; maggiormente cresce il pudore, la preoccupazione, la timidità. Il massimo tormento di alcuni psicopati, lucidi di mente e deliranti, sta in ciò, nel sentire *ogni più nascosto suo pensiero o desiderio*, nel sentirlo (al gioco di allucinazioni

acustiche vivaci) ripetuto da persecutori imaginarii, *gridato in su le piazze, scoverto, conclamato, reso di pubblica ragione.*

Il timido adunque sente di dover *celare* qualche cosa di sè ai molti; ha un santuario, nell'intimo suo, le cui soglie non ama che sieno per alcun modo violate.

II.

Timidezza ed adolescenza: il sentimento ineffabile: il confidente, l'amico

Il fanciullo, anzichè timido, mostrasi audace, confidente, espansivo, ovvero pauroso, tremebondo.

E' timido in particolar modo, l'*adolescente.*

In questa ultima età, si adombrano, si accennano, *esplodono le tendenze sessuali;* e l'*unità* della persona si scinde.

Nell'adolescente vi è lo individuo, *ordinario, esterno,* che vive con i genitori, con gli estranei, e tra le comuni faccende: vi è l'individuo, centrale, *non veduto,* che arde di desiderii e trasferisce tutto il pullulio interno nel mondo della imaginazione, dei sogni. Lavorio fantastico, mondo interiore, ignoto ai circostanti, noto a qualche amico solo.

L'amico è il confidente, è lo *specchio* dell'anima del giovanetto, ed in cui questi si considera, vi si riflette e scovre le oscure profondità sue d'animo; scovre quanto germina e formasi e splende radioso, dal limo, inconsapevole, organico-psichico, dell'essere suo.

Nell'adolescente, con il sorgere, con il definirsi delle tendenze sessuali, dell'amore, e delle speranze (più vivaci, ridenti) di una vita da vivere; la *personalità* s'instaura alla fine. Spezzata in due, la personalità si rielabora ed unifica di nuovo, tra forme più gagliarde e caratteristiche: raggiunge la compattezza, fattiva, feconda, della gioventù.

Il fanciullo è *tutto preso* dalla *collettività,* familiare e scolastica. L'adolescente se ne distacca, *afferma l'essere suo personale;* si prepara per un'altra collettività più vasta, movimentata: si ap-

poggia all'amico, al confidente, al compagno, nei disegni di una nuova gagliarda esistenza da vivere.

L'adolescente è timido, è solitario rispetto alla massa degli uomini, si sottrae alle folle; quando non vi si caccia dentro, irruente, clamoroso, semi-ebro, e per brev'ora.

*
* *

Ho detto: l'*adolescente è timido.*

Egli teme il giudizio collettivo, perchè ha interiorità, sessuali e personali, in subbuglio.

Si mostra timida ancora la *donna*, che non ha pratica della vita, delle lotte esterne. O, meglio, la donna è centro d'attrazione sessuale; ha in sè le *misteriose e complicate funzioni della maternità, di cui non desidera far mostra:* le nasconde, se ne difende, si raccoglie, guarda, considera.

Nella donna impera, rispetto all'uomo, la vita dei *sentimenti.*

Il sentimento, di per sè, è ineffabile, talora è intraducibile. Lo vediamo nelle nature «mistiche»: nature sentimentali per eccellenza.

Come rendere nella solida forma di una parola tutte quelle risonanze interiori, musiche d'anima, imagini diffluenti, sorrisi, lampeggiamenti, ondate, che salgono, discendono, s'involgono in noi?

Vi è di più. Il sentimento non solo è, talora, intraducibile nella parola; ma dilegua, sfuma, svapora, se avulso, se divelto dal mondo interiore e dalle corrispondenze ed intimità con l'amico, con l'amante, a cui lo si comunica per lo sguardo, con un gesto, con una mezza frase.

Fra due amanti vi sono mutismi eloquenti, comunicazioni di sentire che hanno l'aria di influenze medianiche; vi hanno lunghe conversazioni senza parola alcuna.

III.

Delle confidenze alle « memorie »: Amiel e Rousseau, timidi e schizoidi

La vita dei sentimenti, çentrali, profondi, sfugge a precise formulazioni. Si rinforza nella intimità dell'amicizia e dell'amore: vive nella coppia umana. E' un discorso a due, od un soliloquio.

Tanto vero, che, ove difetti l'amico, l'amante; si ha il *giornale intimo*, il libro delle confessioni e delle memorie.

Marco Aurelio, l'imperatore romano, sotto la tenda, fra l'agitata vita dei campi, scrive, alta la notte, i pensieri suoi e si profonda in meditazioni solenni intorno alla vita ed al mondo.

Scrive un « Giornale intimo » lo Amiel; le « Confessioni » Rousseau.

Lo Amiel dice nel suo libro, che vi è, in lui, *come una paralisi della volontà;* che egli non ha la energia di mirare ad un *fine*, stabile, determinato, coordinandovi i suoi sviluppi interni di idee, di sentimenti, di azioni. Confessa di essere un soggetto che si disperde nei particolari. *Il suo ideale sta nel « depersonalizzarsi »*: essere nè uomo, nè donna; ma pari a corda, vibrante, risonante a tutti gli stimoli psicologici esteriori: stimoli di affetto, di pietà, di bellezza. — Nonostante, che, a principio del giornale, sembri immoto nella fede sua calvinista di un Dio unico e di un'anima immortale; mano, mano, vergando i suoi pensieri, d'uno in un altro anno, termina con l'aspirare a qualche cosa di non troppo lontano o diverso dal nirvana buddistico. Volge a trasferirsi e *ad assorbirsi* in Dio, pensato, sentito, come altissima pace: unità di armonie psichiche, di echi di bellezza, di pietà, di simpatie infinite.

Nello Amiel adunque la vita interiore finisce con il tendere all' *universale*, ad una ipervita, in cui l' « individuo », la « persona » *vapora*, si *dilegua*.

*
* *

Diverso è il concittadino suo G. G. Rosseau: questi sente troppo sè stesso, s'incentra troppo nell' « io », che ha, in lui, gli slanci, i rapimenti del creatore geniale, ed ha tutti gli arrovellìi, le ardenze, i desiderii di una natura sensuale, istintiva. L' « io », in Rousseau, è dominatore, è intero, ribello, vivacissimo.

Trasferite una simile condizione d'animo nel campo dei lavori del pensiero e nella Letteratura: e ne seguirà, in chi la porta, un campione dello spontaneo, dell'immediato, del naturale.

Il Rosseau si ribella alle costumanze, ai principii della società di quel tempo, alle cerimonie ed alle convenienze, che si praticano fra gente bene educata.

Si ribella, in certo modo, alla ordinaria morale istessa; ne vive ai margini, in un demimonde di sensualità vendereccie e di generose, spensierate azioni. Quest'uomo, *tutto io*, tutto centrale, finisce nella malattia tipica dell' « io » personalissimo: finisce nel *delirio paranoico*.

Per la pienezza della vita interna, in sugl'inizii, è un *timido*. Quel mondo di impulsività oscure, *anelanti alla luce* (e che costituisce il suo genio), deve maturare, deve estrinsecarsi: la rude aria di fuori lo ucciderebbe in sul nascere. Egli, quindi, anela alla vita dei campi, a starsene nascosto con qualche amico o amica, cui in certo modo confidarsi.

E, via via, la sua anima vibrante sale negli sviluppi suoi; raggiunge la *esplicazione ultima*, traverso ad una serie di Opere che scrive. Queste danno inizio a tutta una nuova Letteratura, alla letteratura della intimità, del sentimento. Fu, tra gli antesignani del diritto della persona umana nella vita civile. (1)

---

(1) - H. Höffding - *Jean Jacques Rousseau et sa Philosophie* - Paris, Alcan, éd.

Frattanto, con la timidezza vi è, in lui, un rallentamento a formulare, per mezzo di *parole e di frasi precise*, il suo pensiero nascente. Abbisogna (egli dice) di ruminarlo, alla lunga, faticosamente; e scrive in uno stato di estasi, di semi-ebrezza. — E' il contenuto suo mentale, *incosciente, subcosciente*, che lo travaglia e tocca alla fine la lucida sfera del consapevole, del comunicabile nel magistero della parola e della frase.

Anche il sommo naturalista Carlo Darwin fu un timido. A quanto sembra, non parlò mai in pubblico. Una volta sola, alla Società Reale di Londra, lesse di alcune ricerche ed idee. L'assemblea gli era favorevolissima. Tuttavia fu quella, per lui, una fatica rude, enorme.

Qualsiasi obiezione venivagli dai giornali, dalle Riviste, lo metteva in preoccupazioni ed angoscie: egli elaborava lentamente, faticosamente le sue gigantesche teorie e redigeva le ponderose Opere sue, attraverso pause e riprese lunghe.

Anche in lui, pensiero gagliardissimo (alto e comprensivo in grado supremo); lentezza nello esporre, nello estrinsecare per iscritto; amore della vita appartata e campestre; emotività sociale grande, faticabilità nervosa notevolissima. (1)

*
* *

Tornando ai due pensatori ginevrini, ad Amiel ed a Rousseau; dirò, che, sia l'uno, sia l'altro, furono *timidi*, caratteristici nella loro diversità. — Il primo vive solitario, benchè sensibilissimo agli ondeggiamenti d'animo esterni: si « dipersonalizza » e sale, attraverso risonanze simpatiche ed a culmini di pensiero, allo *universale*. L'altro è tutto piantato al suolo, nella terra, e vi si agita tormentoso.

---

(1) - *Vie et Corrispondence de Ch. Darwin* - C. Reinwald, édit., Paris.

Fugge, ha ribellioni, stranezze, vanità curiose: goffo, irritabile, aggressivo, polemico, pittore insuperato di erotismi e di sentimenti, miscugli di nobiltà e di appetizioni animali; seduttore, fascinatore grande e pazzesco.

La timidezza, nell'uno e nell'altro, coincide con una *potente vita interiore.* In Amiel va con uno spirito di *libertà assoluta* dal mondo (lo celebra nel suo giornale); va con uno spirito di *ribellione e di fuga,* in Rousseau, che confina con l'amorale e con l'assurdo talora.

Ambedue spontanei, subiettivi, al massimo grado, incuranti di mettersi d'accordo, di piegarsi, di coordinarsi al mondo esteriore umano.

La timidezza adunque è, come *un velo,* che li isola, li distacca da ogni asservimento esterno; dà modo ad essi di portare alla luce *interiorità dormienti,* elaborazioni, subiettivismi, che faticosamente salgono al pensiero e raggiungono la sfera del conoscibile, del comunicabile agli altri uomini.

Sono essi ambedue « schizoidi »? — Sì, per ciò che sembra.

IV.

Schizoidi e schizoidismo: dinamica evolutiva della persona

Il Bleuler, il Kretschmer ed altri insigni psichiatri, dissero *schizoidi* quegl'individui, che, senza essere psicopati, tuttavia rivelano alcune particolarità di *costituzione psichica,* indicate da certa « divisione », da certa « scissione » nel *complessivo estrinsecarsi* dei sentimenti, degli atti e delle parole. Dirò meglio: schizoide è l'individuo, la persona, in cui *il lato sociale e coordinato allo esterno* rimane scisso *da quello veramente subiettivo ed interiore.* Egli è preda di *autismi* (dicono gli AA.), vale a dire, è dominato da *spontaneità profonde,* le quali salgono al consapevole,

alle imagini ed alle idee; ma non si completano ed unificano, *non bene si coordinano,* con gli atteggiamenti e le espressioni e gli orientamenti esteriori.

In questo schema psicologico-individuale, i sullodati AA. comprendono un numero grande di psicopati, di predisposti a follia, o di soggetti pressochè normali; ed aggiungono, che lo schizoidismo (dopo tutto) trovasi, quale nota peculiare di alcuni ordinarii caratteri umani. Andremmo, così, per ambito vastissimo di realtà antropologiche e cliniche, dai dementi precoci ebefrenici ai paranoidi, alla schiera innumerevole dei falsi inventori o disequilibrati nelle idee e nelle azioni.

Il Claude, saggiamente (a me sembra), ha notato, che dalla sfera in parola si rendeva necessario escludere i *dementi precoci tipici,* indicati, più che dalla *scissione psico-individuale ed espressiva,* indicati dalla profonda astenia, dalla *grande menomazione volitivo-sentimentale.* E gli altri tutti li chiama « schizofrenici » fino ai soggetti viventi al limite della normalità (« schizomani » o « schizoidi »). (1)

*
* *

Individui innumerevoli costoro, i così detti schizoidi. Un tempo si riassumevano nell'appellativo generico di *paranoici.* Bastava, che sorgessero, nella mente di qualcuno, idee, non rispondenti a realtà, e tendessero *a coordinarsi* in sistema, lucido, apparentemente logico; perchè l'individuo, che le aveva, si dicesse *paranoico.*

Definizione, cui (or sono più di trenta anni) non aderii per verità. Era far dell'intellettualismo semplicista nella Psicologia morbosa. Dissi caratteristica della Paranoia, *una notevole « reazione », appercettiva, personale, di sentimentalità centrale, di orgoglio,*

(1) - Vedi la importante discussione alla Società Medico-Psicologica di Parigi (29 Marzo 926). - *H. Claude* et *G. Robin* - *A propos de la schizoidie et de la schizophrenie,* ecc. - » **Annales Medico-Psychologiques** », **Aprile e, poi, Maggio, 1926.**

davanti alla intuizione di presunte influenze nemiche da parte di altri uomini o di esseri imaginarii. (1)

Questo nucleo di interpetrazioni e di reazioni personali, tende, in alcuni, *a sistema* logico, raziocinativo (paranoie che evolvono); in altri casi, sta involuto nel *carattere* e *nel contegno* del soggetto (querulomani); in altri, si adombra per una *scolorita demenziale mentalità:* residuo di psicopatia sofferta, affioramento di nascoste interpetrazioni vanitoso-persecutorie fra le ruine di una psiche travagliata (paranoie iniziali). (2)

Così scartavo dalla paranoia, gli pseudo-inventori, gl' intelligenti costruttori di chimere, subiettive e vacue. Tutta gente, che, ora, per opera del Bleuler, del Kretschmer, del Claude, (del Duprè istesso che prima li chiamò *mitomani*), sarebbe presa nel giro degli *schizomani* e degli *schizoidi.*

Vi sono tanti esseri al mondo (uomini e donne), che, senza raggiungere il delirio. vivono di sogni, di subiettività strane, costruiscono fantasie irrealizzabili: compenso (talvolta) ad una vita mancata, riverbero di appetiti insoddisfatti per *circostanze* esterne nemiche, o per *costituzione* istintiva male formata, anomala. Non di rado adempiono, alle loro occupazioni sociali, con discreta esattezza; sembrano, come se fossero, non una, bensì due persone, legate assieme: l' una, rutinaria, paziente, metodica, od (al più) distratta un poco nelle mansioni sue; l'altra, sognatrice, fantasiosa, illogica.

Figura psichica, la quale, attenuata, *si continua nelle ubbìe, che talora osservansi in alcuni uomini, di grande capacità intellettuale:* un amministratore, un burocratico valentissimo, ha il debole di voler fare il poeta o l'autore drammatico a tempo perso: un dotto professore di calcolo vuole dipinger quadri e ciancar di

(1) - Vedi, tra gli altri, il mio Saggio: *Sulla evoluzione del delirio paranoico* - dal Giornale di Psichiatria « Il Manicomio » - 1894.

(2) - Vedi la mia Comunicazione al X Congresso della Società Freniatrica Italiana: *La Paranoia e le sue forme* - (Estr. dagli « Annali di Nevrologia », Napoli 1899).

scultura. Il grande filosofo Heberto Spencer la pretendeva ad inventore di congegni e di piccoli macchinarii; e l'insigne romanziere Onorato Balzac, descrittore, vasto, magnifico, di tipi umani e di costumanze, tentò infelicissime speculazioni commerciali.

Sono tic, fantasie pazzesche, deviazioni di gagliarde subiettività: in altri casi, sono tutta la subiettività di qualcuno.

***

Vi hanno individualità, ovvero *periodi, condizioni del vivere organico-psichico individuale*, in cui *la persona non è unificata.* Ha divisioni, instabilità, quando non « crisi » profonde; (1) come nell'*adolescenza*, nella *maturità*, nelle *oscillazioni materne* dello individuo femminile. Queste crisi sono di molta frequenza negli uomini a « tipo affettivo » e nella classe numerosissima di anomali psichici o di psicopatici, ora ricordati.

E' necessario, perchè la *nostra persona* si evolva e raggiunga un *nuovo assetto* ideo-sentimentale e volitivo; è necessario, che, dapprima, si scomponga in qualche modo, e *si divida.* Onde poscia seguiranno unificazioni, *integrazioni* più complesse e varie. (2)

Ed, allora, in quella fase preintegrativa, di precorrimenti, di preparazione, vi è nella persona alcunchè di *schizoide*, un distacco fra l'essere adattato, coordinato al mondo umano esteriore, e l'essere subiettivo, profondo, che tende a consapevolezza.

In proposito, notai, altrove, come, sia *l'ideare del genio*, sia *l'emergere di una convinzione delirante*, avessero qualche punto di contatto in ciò, *nello arresto dello orientamento, umano,*

(1) - Vedi il mio Saggio: *Sulle crisi d'animo*, dalle « Note e Riviste di Psichiatria ». Pesaro, 1921.

(2) - Vedi specialmente i miei articoli: *Invenzione e Personalità.* Dal « Manicomio » 1902. *Il « Momento » nella genesi delle nostre azioni.* Rivista di Psicologia. 1920. *Intellettualità e Carattere.* Rivista di Psicologia, 1921.

esteriore: arresto, che andava con il prorompere di subiettività intense. Punti di contatto, coincidenze di *sviluppi, opposti, contrarianti*, di personalità: gli uni (quelli del genio) volti a realizzazioni gagliarde di idee; gli altri (quelli della follia) a regressioni psicologiche tristi (1).

Aggiunsi, che il periodo di massima invenzione, di ispirazione feconda del genio aveva lo analogo nella *adolescenza e nella giovinezza* degl'individui umani in genere; come quello della elaborazione pensata delle idee, aveva lo analogo nella *maturità e nella vecchiezza* (2). Chè, in tali età, la persona traversa «crisi», più o meno durature e notevoli.

Oltre a quella dell'adolescenza, vi è (ancora) una crisi della maturità, una crisi organica presenile, per lo involversi della vita sessuale (tra quaranta e cinquanta anni nella donna, fra cinquanta e sessanta anni nell'uomo). Ed, in alcuni, essa ha manifestazioni psichiche accentuate e gravi: accessi di religiosità e di misticismo, depressioni, tristezze, sconforti, fino al delirio. Se non il delirio, se non la follia; possono aversi, in costoro, *misantropie paure, emotività* ripetute, *timidezze ed allontanamenti dal vivere*, fattivo e sociale

Crisi seconda, meno estesa di quella dell'adolescente: si produce in mentalità, già salda, coordinata, per le acquisite esperienze di una vita vissuta, meno clamorosa, meno profonda; tuttavia cospicua, importante ancora. Ed appunto per ciò, per questo rapporto fra dissidio, *crisi personale, psichicità in isviluppo ed ideazioni; gli uomini di genio sentimentali* (i mistici, i riformatori religiosi, ecc.) sono, non di rado, con maggior frequenza, anomali, più che i *genii intellettuali* (scienziati, pensatori). Perchè l'orientamento, nuovo e mirabile, nel sentire, nella affettività, di tutta la persona,

(1) Vedi il mio Saggio: *Subiettivismi e Disequilibrii nella ideazione geniale* Rivista di Filosofia, Bologna, 1905.

(2) - Vedi il mio Saggio: *Dei rapporti fra Genio e Follia* - dal « Manicomio » 1896.
La psicologia del genio in Carlo Darwin - Atti della Società Romana di Antropologia, 1900.

caratteristico dei primi; va con un *mutarsi profondo dello essere psico-organico;* e quindi trova nelle scissioni, nei *manchevoli freni autoconsapevoli individuali* dello psico-anomalo, del nevrosico, dello schizoide, gli elementi per crescere ognora più ed esplicarsi gagliardo. Con la vigoria grande, con l'esaltazione vitale e mentale del genio; vi sono, in costoro, i disequilibrii, o le deficienze neuro - psichiche, di chi vive ai limiti del patologico.

Mistero organico - nervoso (dirà qualcuno), ma realtà tuttavia (1).

V.

Epilogo; schizoidismo nei timidi, la timidezza segno di varie individualità o di momenti individuali

Dissi all'inizio di queste pagine, che la Clinica mentale poteva a noi recar qualche lume nello scandaglio del Carattere degl'individui timidi.

Ed, infatti, sono andato ricercando alcune condizioni o tipi di personalità, *in cui certa divisione psichica* (la quale osservasi nei timidi) era notevolissima.

Abbiamo veduto, come vi sia una schiera molto estesa di soggetti umani, da quelli pressochè normali, ad altri, folli od anomali; appunto significati da ciò, dalla *scissione, dalla divisione, da incongruenze psico-individuali.* Fatto, che osservasi, episodicamente, in qualsiasi uomo al mondo, durante la crisi della pubertà o presenile; ed, attenuato, a periodi, lo si nota nello individuo organico-psichico della donna —Trattasi, in fondo, di una condizione, ordinaria, pertinente al *dinamismo evolutivo della persona;* che, in alcuni casi ed in alcuni soggetti, si *accentua e fissa e con-*

(1) - *La Psicologia del Genio in Carlo Darwin* - e l'altro mio articolo: *La Psicologia del Genio ed i grandi mistici* — Rivista di Psicologia, Bologna, 1908.

servasi, sino al punto di essere nota individuale, subanomala od anomala o morbosa.

Una simile mancata conpattezza od unificazione d'individualità psicologica è caratteristica importante nella *persona dei timidi;* ed i grandi timidi l'*ebbero notevolissima.*

Così dicendo, io punto affermo, che la timidezza sia una tal cosa: la timidezza è *reazione percettivo - emozionale davanti agli altri uomini ed alle folle,* è un misto di paura e di pudore; ed è, (ancora) *arresto, impaccio nelle espressioni.* E, come una *reazione istintiva,* addirittura — Tuttavia una simile reazione istintiva, di fuga e distacco, di preoccupazione davanti agli altri uomini, *trova nella scissione individuale, interiore,* nello « *schizoidismo* », un terreno molto adatto per svolgersi. Il timido ha, d'ordinario, vita interiore operosa, ha *subiettività vivaci, che lo spezzano in due, fanno di lui due esseri:* l'uno, sicuro di sè nella solitudine od in ambiente adatto, abitudinario; l'altro, goffo, impacciato, incongruo, nella società di fuori.

***

Che *una certa divisione individuale psichica* predisponga alla timidezza, sembrami verità. Quella troviamo in alcune fasi della vita e nelle anomali personalità, sopra ricordate: l'ho detto, or ora: la troviamo, pure, (ad episodii o stabilmente) negl' *individui, volti alle più gagliarde costruzioni ideali d'Arte, di Scienza, di Moralità.* Costoro, *nei periodi di creazione interiore,* non godono di compattezza ed unità personale, di sicurezza nelle tendenze e nei concreti propositi d'azione. Sono, in qualche modo, *divelti* dal giornaliero commercio degli uomini; covrono il tempestoso lavorio interno di un *fitto velo,* che li sottrae all'occhio malevolo, indagatore, del « profano volgo ».

Fra le cagioni della « *timidezza* » vi è dunque, la nota, la caratteristica profonda, *intorata nella tessitura della persona,* di

cui ho discorso; che la prima (la timidità) *concreta e specifica tra figure umane numerosissime.*

Per questo legame fra *struttura, dinamismo di persona,* e *timidezza;* l'ultima assurge a valore di *segno individuale.* Se, in molti casi, fra le diversità degli uomini ordinarii, rivela (quando è tenace, invincibile) una natura, poco compatta, male coordinata, instabile, predisposta non di rado a nevrosi o follie; in molti altri casi, è indice di personalità in isviluppo, ovvero di mente creativa, di vita interna operosissima. Ed, allora, in qualcuna delle ultime evenienze, può essere il fiore più bello di un nobile Carattere, di uno spirito delicato, fine, risonante a qualsiasi variar d'animo collettivo, per larga simpatia e comprensione umana.

Aquila, 27 Agosto 1926.

Sulla terapia sintomatica dell'epilessia

Dott. CARMELO VENTRA

La terapia dell'epilessia ha costituito giustamente in ogni tempo la preoccupazione costante del medico pratico e dello specialista. Chi ha avuto modo di assistere allo strazio impressionante di un infelice convulsionario, ed ha potuto di fronte ad esso sperimentare la propria impotenza, è stato preso dalla febbre premurosa ed affettuosa della ricerca del rimedio nuovo. Ed i rimedii sono stati sperimentati a centinaia, con successo vario, ma sempre inferiore alle speranze. Intendiamo riferirci sopratutto ai rimedii sintomatici, a quelli cioè atti a mitigare l'intensità e la frequenza degli accessi convulsivi; perchè le cure etio-patogenetiche, le quali avrebbero voluto costituire la riprova farmacologica di più o meno felici costruzioni teoretiche circa la patogenesi dell'epilessia essenziale, hanno dato fino ad ora risultati scoraggianti.

E la ragione c'è, ed è nel fatto che delle numerose teorie che si contendono il campo nella spiegazione patogenetica dell'epilessia — e tra esse cito la *meccanica*, la *tossica*, la *dinamica*, la *neuro-vegetativa*, l'*endocrina*, la *vasale*, l'*anafilattica*, ecc. — nessuna fino ad oggi è riuscita a svelare il mistero di questa sfinge, che tormenta in modo spaventoso gl'individui e la società: sicchè i rimedii da esse suggerite, e quindi adeguati alla interpetrazione patogenetica di ciascuna, sono riusciti infruttuosi.

Allo stato attuale delle conoscenze, una sola cosa può dirsi con fondamento, ed è che l'epilessia è una malattia cronica, che si manifesta, in seguito ad una causa epilettogena, perchè già vi è un terreno disposto alla convulsione sia per eredità, che per precedenti malattie. Questo dato positivo di una organica condizione epilettogena del cervello non dev'essere dunque mai perduto di vista, qualunque voglia essere l'interpetrazione patogenetica dell'epilessia essenziale, alla quale si attribuisca valore.

Per ora quindi dobbiamo limitarci a curare il sintomo, cioè l'accesso convulsivo; ed è per questo che i rimedi sintomatici continuano a tenere il primo posto nella terapia dell'epilessia. Tra essi il principale e più antico è costituito dai composti di bromo, i quali abbassano l'eccitabilità dei centri sensitivo-motori (Albertoni), ed agiscono favorevolmente sugli accessi convulsivi, sia che essi dipendano dalla liberazione degli automatismi motori dei centri mesencefalici e spinali per indebolimento dei centri inibitori (Binswanger), o da dissinergia nei campi architettonici corticali, per intossicazioni, ecc. (Roncoroni), sia che dipendano da un aumento dell'eccitabilità corticale, indotto da una sommazione di stimoli. Ma i composti di bromo hanno l'inconveniente di dover essere adoperati in molti casi in dosi molto elevate, fino a raggiungere i 28 e 30 grammi al giorno (Adriani), e in tali dosi, o in dosi approssimative, danno spesso fenomeni d'intolleranza (bromismo).

Più recentemente la Casa Bayer ha messo in commercio il Luminal (feniletilmalonilurea), che, sperimentato, ha dato risultati soddisfacenti, intorno ai quali hanno riferito l'Hauptmann, il Kino, il Geymayer, l'Emanuel, e tra noi il Pellacani, lo Zalla, il De Sanctis C., il Rabboni, il Ventimiglia, il Cazzamalli, l'Agostini ed altri.

Io ho voluto sperimentare i diversi metodi e le diverse combinazioni suggerite dagli autori. Debbo però affermare che la mag-

giore utilità l'ho trovata, seguendo il metodo consigliato dall' Agostini, però con lieve modifica che ho creduto di apportare nella combinazione dei farmaci, in base a criterii di chimica biologica, e con l'integrazione di alcuni farmaci usati da Zalla.

L'Agostini suggerisce di dare nei primi 10 giorni del mese, al mattino, un cucchiaio della soluzione jodopolibromica secondo la formula seguente:

Sp.: Bromuro di potassio, di sodio e di calcio,
joduro di potassio ana gr. **dieci**
Antipirina gr. **quattro**
Acqua gr. **quattrocento**

ed una cartina di *10 centgr. di luminal* associata a *10 centig. di antipirina,* alla sera.

Nella seconda decade, un cucchiaio della pozione jodopolibromica al mattino, ed una cartina di luminal e antipirina la sera del giorno appresso.

Nella terza decade, un giorno un cucchiaio della pozione iodonolibromica al mattino, seguito da un giorno di riposo, poi da una cartina di luminal e antipirina la sera del giorno seguente, poi riposo al quarto giorno, e così via di seguito, a giorni alterni.

Tale cura va accompagnata a una dieta mista, alla proscrizione degli alcoolici, alla liberazione regolare del ventre, e all'uso di uno o due grammi d'iposolfito sodico, sciolto in un bicchiere di acqua, da bere a digiuno ogni tre o quattro giorni.

Ho adoperato tale metodo di cura tanto nell'Ospedale psichiatrico di Nocera, quanto in clinica privata, e l'ho trovato più efficace di tutti gli altri suggeriti fino ad ora. In un secondo tempo però ho modificato, come dirò appresso, alcuni farmaci, e la modifica mi ha risposto utilmente.

Ho cercato cioè di potenziare l'azione sedativa del calcio, sostituendo il potassio col sodio, e somministrando contemporanea-

mente dell' adrenalina. Il concetto che a ciò mi ha guidato, è il seguente:

Si sa che negli individui normali si trova nel sangue il valore medio di 10,5-12 mgr. o[o per il calcio, e di 17-23 o|o per il potassio, e che quindi il rapporto fra il calcio e il potassio è fra 1,7 e 2. Ora è dimostrato che nei casi di nevrosi funzionale esiste uno spostamento dei rapporti del calcio a favore del potassio, e che il contenuto in calcio del sangue è generalmente basso (Kylin). Questo fatto si verifica anche nell'epilessia. Da qui la necessità di introdurre nell' organismo sali di calcio, di favorire nel miglior modo l'utilizzazione di esso, e di diminuire l' introduzione dei sali di potassio. Ecco perchè nella formula dell' Agostini ho creduto di sostituire il bromuro e il joduro di potassio col bromuro di ammonio e col joduro di sodio; di aggiungervi il lattato di calcio, che non solo agisce sui centri nervosi, ma anche sulla funzione intestinale, che negli epilettici è quasi sempre turbata; e di somministrare contemporaneamente, per via orale o per via ipodermica, dell'adrenalina, la quale favorisce l'utilizzazione del calcio. Non ho aggiunto l' adrenalina alla pozione jodo-polibromica, perchè è noto che l'adrenalina in soluzione acquosa perde prestissimo la sua efficacia terapeutica. Ordinariamente la prescrivo per via orale, da aggiungere alla dose di 15 goccie al cucchiaio della pozione jodopolibromica nell'atto di usarla.

L' adrenalina, oltre che sulla migliore utilizzazione del calcio, agisce anche come cardiocinetico, e corregge così l' azione deprimente dei bromuri sul cuore. Per raggiungere meglio tale obbiettivo, son solito seguire il consiglio del Bechterew, adoperando ad intervalli come eccipiente, invece dell'acqua, l' infuso di adonis vernalis al 2 o[o, per periodi di tempo più o meno lunghi, e specialmente quando il suo uso mi vien suggerito da eventuali indicazioni cliniche da parte del cuore.

In quanto poi all'associazione del luminal con altri medicinali, ho preferito unirlo, oltre che con l'antipirina a parti eguali, con la polvere di giusquiamo in dose doppia, più cheutilizzando così l'azione sedativa dell'alcaloide di quest'ultimo medicinale. Ho scartato la belladonna, suggerita ed usata da Zalla, perchè è noto che l'alcaloide della belladonna, esercita un'azione eccitante sul cervello (Marfori). Tutt'al più può essere riservata per quei casi di epilessia riflessa, in cui può essere accertato che la causa determinante delle convulsioni risiede in eccitamenti dolorifici della periferia, che si accumulano sui centri nervosi e provocano la scarica epilettica.

Somministrando il luminal la sera, si evita perfino ai malati la sonnolenza ed il peso alla testa, di cui talvolta il medicinale è causa.

Sicchè, riassumendo, per la cura dell'accesso epilettico io adopero, salvo le eventuali controindicazioni del singolo caso, la seguente prescrizione:

Sp.: Bromuro di calcio, sodio e ammonio,
joduro di sodio — ana gr. **dieci**
Lattato di calcio — gr. **venti**
Antipirina — gr. **quattro**
Acqua, oppure infuso di adonis al 2 o/o — gr. **quattrocento**
Sciroppo q. b.

Ad ogni cucchiaio di tale pozione faccio aggiungere, all'atto della somministrazione, 15 gocce di una soluzione di adrenalina al millesimo.

Il luminal poi lo associo, alla dose di 10 centgr. per ogni cartina, a 10 centgr. di antipirina ed a 25 centgr. di polvere giusquiamo, secondo la formula seguente:

Sp.: Luminal e antipirina — ana centg. **dieci**
Polvere di giusquiamo — centg. **venticinque**
Per una dose.

Circa il modo di somministrare i sudetti medicinali, e per quel che riguarda il trattamento igienico-dietetico, mi attengo al metodo ed ai consigli suggeriti dall'Agostini, e che precedentemente ho riportato.

In alcuni casi della clinica privata ho somministrato anche il siero di cavallo, consigliato dal Brugia, in base a sue vedute circa la patogenesi e la cura dell'epilessia, ma il decorso degli accessi convulsivi non è stato modificato affatto. In individui deperiti il siero di cavallo ha agito soltanto come ricostituente generale.

Prima di trarre delle conclusioni, ho voluto sperimentare le diverse prescrizioni, successivamente, sopra un gruppo di epilettiche ricoverate nel Manicomio di Nocera, e riporto appresso i risultati comparativi.

Riepilogo le storie cliniche in modo telegrafico, perchè notizie più dettagliate non servirebbero allo scopo.

I. — *S. Ripalta*, di anni 40, da Cerignola. Ammessa il 21 maggio 1921. Epilettica con frequenti accessi convulsivi e disturbi psichici intercorrenti, a tipo di eccitamento maniaco. Gli accessi sono più frequenti in prossimità del periodo mestruale. E' abbastanza erotica.

II. — *C. Rosa*, di anni 41, da Candela. Ammessa il 5 maggio 1919. Epilettica soggetta a frequenti accessi convulsivi. Ha diverse ferite e scottature alla faccia e al capo, prodotte da caduta in seguito agli accessi. Morta per bronchite il 25 - 7 - 926.

III. — *A. Giuseppina*, di anni 16, da S. Martino in Pensilis. Ammessa il 21 luglio 1922. Soffre di accessi convulsivi frequentissìmi e intensi. Non presenta disturbi psichici all'infuori di un lieve grado confusionale postaccessuale. Talvolta gli accessi si ripetono più volte nella giornata. Morta in seguito a stato epilettico il 20 marzo 1925.

IV. — *D. Angela*, di anni 30, da Deliceto. Ammessa il 10 agosto 1922. Affetta da accessi convulsivi accompagnati da disturbi psichici. E' facilmente eccitabile. Presenta un lieve grado di deficienza psichica originaria.

V. — *V. Gilda*, di anni 29, da Stornara. Ammessa il 27 marzo 1922. Presenta deficienza psichica originaria ed attacchi epilettici non molti frequenti. E' tranquilla, lucida, non ha disturbi psichici.

VI. — *M. Angela*, di anni 59 da Trivento. Ammessa il 12 marzo 1912. Soffre di accessi convulsivi non molto frequenti. Di tanto in tanto va soggetta a crisi di eccitamento e di facile irascibilità. Si presta a qualche lavoro.

VII. — *N. Brigida*, di anni 39, da Cava dei Tirreni. Ammessa il 27 settembre 1918. E' una deficiente psichica originaria di lieve grado, coo frequenti accessi convulsivi epilettici, accompagnati da disturbi psichici a tipo confusionale. Negl'intervalli è fatua e disorientata.

VIII. — *S. Teresa*, di anni 50, da Foggia. Ammessa il 12 aprile 1916. Affetta da accessi convulsivi. Ordinariamente tranquilla, lucida, ordinata. Spesso clamorosa. Mentalmente indebolita.

IX. — *P. Maria Luigia*, di anni 31, da S. Angelo dei Lombardi. Ammessa il 13 agosto 1921. Sviluppo psichico ritardato. All'età di 10 anni cominciò a soffrire di accessi convulsivi. Torpida, abulica, lenta nella percezione, povera nei giudizii.

X — *R. Anna*, di anni 41, da Salerno. Ammessa il 15 novembte 1925. Tranquilla, lucida, ordinata, governabile. Colpiti da accessi convulsivi, che sono diventati sempre più rari.

XI. — *B. Lauretta*, di anni 27, da Cetaro. Ammessa il 1 ottobre 1921, in uno stato confusionale. E' colta da accessi convulsivi non molto frequenti, ma intensi. A poco a poco le facoltà mentali sono andate decadendo, fino alla demenza.

A queste malate nel primo periodo ho somministrato le solite pozioni semplici di bromuro di sodio o di potassio. Nel secondo periodo ho somministrato soltanto il luminal unito alla polvere di giusquiamo e belladonna, alla dose uguale di 10 centigrammi, secondo il suggerimento di Zalla. Nel terzo periodo ho somministrato la pozione jodo-polibromica ed il luminal con l'antipirina, secondo i criterii dell'Agostini. Nel quarto periodo ho sommi-

nistrato la pozione jodo-polibromica con adrenalina, secondo la modifica da me apportata, ed il luminal con l'antipirina e la polvere di giusquiamo.

Riassumo in un quadro sinottico i risultati di queste esperienze:

COGNOME e NOME	1. PERIODO	2. PERIODO	3. PERIODO	4. PERIODO
	Dal 22-3-924 al 7-6-924	Dal 8-6-924 al 22-8-924	Dal 23-8-924 al 7-11-924	Dal 8-11-924 al 23-1-925
	Bromuri semplici	Luminal giusquiamo e belladonna (Zalla)	Pozione jodo-polibromica, e luminal con antipirina (Agostini)	Pozione jodo-polibromo - adrenalinica; e luminal con antipirina e giusquiamo (Ventra)
1. S. Ripalta	10	12	11	8
2. C. Rosa	14	10	10	5
3. A. Giuseppina	28	26	22	24
4. D. Angela	11	4	1	1
5. V. Gilda	6	3	1	—
6. M. Angela	2	2	—	1
7. N. Brigida	22	12	11	8
8. S. Teresa	5	5	3	1
9. P. Maria Luigia	6	5	2	1
10. R. Anna	5	2	2	1
11. B. Lauretta	3	2	1	—
12. De A. Maria	11	4	3	4
13. A. Michelina	9	5	3	2
14. M. Maria	7	4	3	2
[illegible]	14[illegible]	96	74	58

Da questi risultati si rileva in modo evidente che il luminal agisce molto meglio dei semplici bromuri sugli accessi convulsivi, che vengono così ridotti di numero. Parimenti l'associazione del luminal ai bromuri, secondo il criterio dell'A g o s t i n i, agisce ancora meglio. Ma l'associazione dei sudetti farmaci fondamentali, secondo la modifica e la formula da me adottata, riesce a ridurre di più gli accessi convulsivi. In due casi soli (III e XII) non ho trovato alcun miglioramento. Anzi ho notato qualche convulsione in più. Il caso III però è stato refrattario a tutte le cure; il numero degli accessi convulsivi si è mantenuto sempre alto, con qualunque metodo di cura, e le convulsioni sono state sempre intense, fino a condurre a morte la povera inferma. Nel caso XII le convulsioni si sono diradate, ma si sono presentate a lunghi intervalli sotto forma di stato epilettico, che ha messo sempre in serio pericolo la vita della paziente.

Anzi, a tal proposito, debbo mettere in rilievo una osservazione fatta sulle malate in esperimento, e qualche volta anche in clinica privata. Ed è questa: che sotto l'azione del luminal gli accessi convulsivi si diradano, ma in alcuni casi si ripresentano sotto forma di stato epilettico più o meno intenso. Parrebbe come se gli stimoli convulsivanti, frenati dal luminal, si sommassero, e riuscissero un giorno a spezzare i freni e prorompere negli accessi epilettici ripetuti. Fortunatamente però questi casi sono piuttosto rari.

Comunque, noi non crediamo per questo di cantare vittoria sopra uno dei mali più terribili, che affligge l'umanità. L'accesso convulsivo, ch'è il sintomo più impressionante e tormentoso della malattia, resiste ad ogni trattamento terapeutico. Però i nuovi farmaci e le loro combinazioni più appropriate, ci consentono di poterlo mitigare e diradare. Il che non è poco, specialmente per chi soffre.

Io continuo da quasi due anni ad adoperare i farmaci sudetti, secondo la mia formula e la prescrizione sopra riportata, tanto

nell'Ospedale psichiatrico, quanto in clinica privata, e posso dire che i risultati sono soddisfacenti. I buoni effetti ottenuti sulle malate di cui ho riportato le storie cliniche, continuano a mantenersi costanti. Mi riferisco a 10 di esse, che tuttora sono qui ricoverate, e perseguono la cura. In qualcuna anzi (I e VI) gli accessi convulsivi si sono assai diradati e si ripetono a lunghi intervalli, con lieve intensità. In questo periodo abbastanza lnngo nessun sintomo d'intolleranza, nè altro inconveniente, ho dovuto lamentare, ed è questo un altro vantaggio che apporta l'associazione surriferita dei farmaci, la quale ci consente di ottenere effetti superiori a quelli che si avevano con l' uso dei semplici bromuri, e di evitare nello stesso tempo gl'inconvenienti, a cui spesso si andava incontro con la frequente necessità di adoperare dosi alte di bromuri, per ottenere qualche effetto terapeutico sugli accessi convulsivi.

BIBLIOGRAFIE

Catalán E. — *Las ideas de Descartes sobre la glándula pineal y la fisiopatologia moderna* — Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal. - Anno XII, N. 70.

L' A,, esaminando l' argomento di cui sopra, giunge alle seguenti conclusioni :

1. Allo stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile formulare una opinione definitiva rispetto all' attività funzionale della glandola pineale.

2. Gli esperimenti non hanno provato qual'è la funzione esclusiva della pineale e nessun lavoro è stato così completo e concludente da permettere una comparazione tra le osservazioni cliniche ed essa.

3. Se fosse vero che la glandola pineale governa la inibizione dello sviluppo del sesso, la sua somministrazione ritarderebbe l' adolescenza. Dana, Berkeley e Cord dimostrano invece il contrario.

4. Le esperienze di Cord sui risultati alimèntari sono deficienti, come pure l'estirpazione di questa glandola non ha dimostrato la esistenza di una funzione specifica, che tuttora non s'è trovata.

5. Il rumore di tutte le esperienze fatte, si deve alla situazione della pineale, che la rende un organo inaccessibile; a parte poi che la endocrinologia non ha ancora trovato una sanzione definitiva alle sue leggi fisio-patologiche in relazione con la sinergia funzionale dell'organismo.

C. Ventra

Pighini Giacomo — *Criminalità e demenza precoce* — Estratto da Zacchia— N. 1-2, 1926 - Roma.

L'A. ricorda la sua relazione sull'argomento, fatta al IV Congresso internazionale di Antropologia criminale, tenutosi in Torino nel 1906, e muove un appunto ad Autori come l' Autheaume, il Mignot, la Pascal, l'Halberstad, l'Helenefriderik, il Stelz-

nei, il Ritteuhaus, il Sartorius, i quali, riesaminando i rapporti fra criminalità e demenza precoce, han mancato di ricordare il suo contributo originale.

Il Pighini ribadisce il concetto altra volta sostenuto, che la demenza precoce, specie nella sua fase prodromica squisitamente paranoidale, crea un atteggiamento psichico squisitamente favorevole alla condotta e all'azione antisociale, e richiama l'attenzione dei magistrati sul numero ingente d' infelici mal giudicati e condannati a pene gravi per efferati delitti, di cui, a ragione scientifica, non avrebbero dovuto essere ritenuti responsabili.

Conclude che di fronte a crimini coi caratteri della malvagia brutalità, della incoerente vendetta, dell'attentato politico, si deve sempre prospettare la possibilità di un movente patologico nel determinismo dell'azione delittuosa.

C. Ventra

Dalma G. — *La meningite asettica nel trattamento della demenza pre-precoce* — Industrie Grafiche — Ferrara 1926.

L'A. ha sperimentato in 10 casi di demenza precoce il trattamento, suggerito dal Carroll, della provocazione di una meningite asettica, allo scopo di ottenere una efficace stimolazione flogistica del sistema nervoso centrale, e specialmente dei plessi coroidei, con conseguente miglioramento dei sintomi della malattia.

In 6 casi non ebbe a notare alcun miglioramento; in 3 ebbe remissioni della durata di poche settimane; in 1 un miglioramento che dura ormai da 7 mesi.

L'A. espone le riserve che al concetto del Carroll suggeriscono i criteri clinici e patogenetici della demenza precoce, esamina le varie ipotesi intorno al probabile meccanismo d'azione del metodo di Carroll, e giudica di maggior interesse quella che riguarda lo stimolo alla diminuita permeabilità della barriera ematoencefalica e specialmente dei plessi coroidei.

Comunque, il metodo Carroll dimostra che alcuni fenomeni di reintegrazione psichica ed una certa reviviscenza delle facoltà men-

tali che rivelano molte delle alterazioni mentali schizofreniche sono dovuti a processi reversibili, e quindi reintegrabili, e che non sempre c'è il deserto, dove le apparenze lo farebbero credere.

C. Ventra

Santangelo G. — *Il bilancio tossico dell'organismo nelle malattie mentali* — Palermo, 1925.

L'A., studiando il ricambio organico nelle malattie mentali in rapporto alla dottrina dell' autointossicazione, arriva alle seguenti conclusioni generali:

1. La ricerca del *bilancio tossico* dell' organismo costituisce il cri. terio più razionale di valutazione degli stati tossici in quelle malattie mentali nelle quali se ne sospetta l'esistenza.

2. *Nella demenza paralitica*, non si è potuto dimostrare uno stato d'intossicazione dell'organismo.

3. *Nelle epilessie essenziali*, si è potuto dimostrare uno stato d'intossicazione nel 52 o|o dei casi esaminati.

4. *Nella demenza precoce* si è potuto dimostrare la esistenza di uno stato di intossicazione nel 70 o|o dei casi esaminati.

C. Ventra

Bertolani A. — *L'azione dell'adrenalina negli epilettici* — Rivista sperimentale di freniatria - Vol. XLIX, fasc. IV, aprile 1926.

L'A., dopo aver rilevato quanto sarebbe interessante possedere un mezzo per riconoscere se un individuo presunto epilettico, effettivamente lo è, ha voluto riprovare le esperienze del B e n e d c k, secondo cui le iniezioni di adrenalina in 19 epilettici, avrebbero in 9 casi dato luogo a convulsioni o ad equivalenti.

L'A. non ha ottenuto tali reazioni epilettogene, e quindi giudica che la prova suddetta non abbia valore tanto per l'accertamento di una presunta epilessia, che per la patogenesi di essa.

C. Ventra

Pighini G. e Mazza A. — *Ricerche sulla colesterasi nella sostanza nervosa* — Biochimica e Terapia sperimentale - Anno XII, fasc. III, 1926.

Gli AA., partendo da! principio provato che in organi come il pancreas, il fegato, l' intestino, il rene e i muscoli vi è una *colesterasi*, ossia un fermento capace di scindere gli eteri della colesterina, ricercarono l'eventuale presenza di tale fermento nella sostanza cerebrale, ricchissima di colesterina, e concludendo che nel tessuto nervoso cerebrale manca tanto la colestarasi, quanto un fermento sintetizzante gli eteri della colesterina.

Probabilmente il sangue fornisce al tessuto nervoso la colesterina libera di cui abbisogna, sottraendola al suo contingente di colesterina libera circolante, e non dai suoi eteri colesterinici.

C. Ventra

NOTIZIE

IL CONGRESSO MONDIALE DI PSICOLOGIA

la partecipazione degli italiani

A Graniuga, nella placida e ridente cittadina settentrionale dell'Olanda, si è raccolto, nei giorni scorsi, il fior fiore dei psicologi di tutto il mondo. Da tutti gli Stati più importanti d'Europa, dagli Stati Uniti, dall'America del Sud, e persino dal Messico, dall'India e dal Giappone, sono qui convenuti gli indagatori di quella si misteriosa cosa che è ancora il cervello pensante dell'uomo. Vi erano ii Janet, il Prèton, il Levy-Bruhl di Parigi e il Claparède di Ginevra, così noti in Italia, il Lenba, americano, che si è particolarmente dedicato alla psicologia del sentimento religioso: il Wertheimer, il Köhler, il Kofika, tedeschi, che con la loro cosidetta « teoria della riforma » muovono in guerra contro l'antica teorìa associazionista inglese. il Biswanger, l'Erismann, l'Ewald, lo Spranger, essi pure tedeschi. che hanno approfondito il fenomeno del comprendere; gli inglesi e americani Myers, Mac Dongail, Pilisbury, Bartlett, Warren, Spearmann, Jones; il messicano Chavez e l'indiano Gopalaswarmi; e tanti e tanti altri che troppo lungo sarebbe qui di elencare anche incompletamente.

L'Italia ha tenuto alto il suo posto con le comunicazioni sopra tutto del Kiesow, del Bignano, del Ponzo e del Gatti, l'illustre sperimentalista dell'Ateneo torinese, col suo pregevolissimo contributo critico alla cosiddetta legge di Weber, regolante i rapporti fra la intensità dello stimolo e la vivezza della sensazione; il Kiesow stesso e il Gatti, suo antico allievo, con la loro critica e lo studio più accurato di certi fenomeni imaginativi, avvicinantisi alle allucinazioni, sui quali ha attirato particolarmente l'attenzione il Iaensch di Masburgo che li ritiene costituire — ciò che è negato dal Kiesow — una fase dello sviluppo normale di ogni individuo nella sua infanzia; il Rignano, nominato a

far parte del Comitato internazionale, con la sua comunicazione: *In che consiste e donde deriva il finalismo dei fenomeni psichici*, nella quale, innalzandosi alla decisione di tutto quanto il finalismo della vita, di cui il finalismo dell'attività dello spirito non è che uno degli aspetti, ha dimostrato così l'unità fondamentale che lega insieme i fenomeni biologici con quelli psichici e come, pertanto, assurda sia la pretesa di certi fisiologi moderni di potere spiegare la vita con le sole leggi fisico-chimiche: il Ponzo, infine, con uno accuratissimo studio sulle manifestazioni fisiologiche dell'atto volontario.

Il Gongresso — il secondo con etichetta internazionale che si sia radunato dopo la guerra, ma il primo che in realtà abbia riunita fraternamente insieme i psicologi quasi ugualmente numerosi di ambedue i gruppi di Stati belligeranti — ha avuto così, grazie anche alla sua perfetta organizzazione, un' importanza veramente notevole, di buon auspicio per il progresso ulteriore di questa scienza, coronamento di tutte le altre, investigatrice del pensiero e dell'anima umana.

« *La stampa medica* »

***

VIII Congresso della Società Freniatrica Italiana

Sarà tenuto a Torino nell'autunno del 1927. Per tale riunione sono stati prescelti i seguenti temi:

1.) *Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e le psicosi*, relatori Proff. G. Ayala e Boschi.

2.) *Le alterazioni della citotettonica corticale nelle malattie mentali*, relatori Proff. Carletti e Bonfiglio.

3.) *La capacità civile degli infermi ed anormali di mente nella legislazione attuale e possibili riforme di questa*, relatori Proff. Cappelletti e V. Bianchi.

Presidente del Comitato organizzatore del Congresso è il Prof. Alberti, Direttore del Manicomio di Pergine (Trieste).

III Congresso della Società italiana di Medicina legale

Si terrà in Firenze dal 16 al 18 ottobre p. v., il III Congresso della Società italiana di Medicina legale. Le relazioni ufficiali sono: 1. La medicina lagale italiana nell'ultimo decennio (prof. G. G, Berando); 2. La medicina legale e la polizia scientifica, (prof. S. Ottolenghi) 3. L' importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni del lavoro (prof. C. Biondi); 4. L'intossicazione di ossido di carbonio (prof. R. Ramanese e F. Leoncini); Il comitato ordinatore del Congresso, presieduto dal prof. Francesco Leoncini, direttore dell' Istituto di medicina legale della R. U. di Firenze, comunicherà fre breve il programma definitivo. La quota d' iscrizione è di L 30 per i congressisti e di L, 50 per gli Enti; sarà accordato il ribasso d'uso sulle tariffe.

Inviare le quote d' iscrizione al Segretario-Cassiere dott. Augusto Antonini presso l' Istituto di Medicina legale di Firenze, via degli Alfani, 33. Per ogni comunicazione o schiarimento rivolgersi alla Segreteria del Congresso, presso il predetto Istituto.

*
* *

Concorso per un manuale sulla organizzazione scientica del lavoro

Il Ministero per l'Economia nazionale ha bandito concorso per la pubblicazione di un manuale sulla organizzazione scientifica del lavoro, nel quale siano esposti, in modo sistematico e riassuntivo, i concetti a cui essa si informa, i vari modi di realizzazione dei detti concetti nelle più importanti industrie, i risultati raggiunti e quelli che si potranno conseguire applicando opportunamente e sempre più largamente i criteri scientifici all'ordinamento razionale del lavoro nelle aziende industriali. Il manuale dovrà rispondere allo scopo di servire come libro di testo negli istituti industriali. Dei due migliori lavori, saranno premiati il primo con L. 6,000 ed il secondo con L. 3,000. I lavori dattilografati e contrassegnati da un motto ripetuto su di una busta chiusa contenente nome, cognome, paternità e indirizzo dell'autore, dovranno essere inviati al Ministero dell'Economia Nazionale entro il 31 marzo 1927.

I Riunione della Stampa medica dei paesi latini

Invece che in ottobre p. v. . come era stato comunicato, la I Riunione della Stampa medica dei Paesi latini si terrà, a Parigi nell'aprile 1927. Attivamente, intanto, lavora per la buona riuscita della Riunione il Comitato organizzatore, presieduto dal prof. Loeper, presidente della Associazione della Stampa Medica francese e del quale fanno parte come vice-presidenti, i proff. Mayer (di Bruxelles), Coca (di Madrid), Danielopolu (di Bucarest), De Azevedo (di Lisbona), Delfino (di Buenos-Ayres), Le Sage (di Montreal), ecc. ; come segretario generale, il dott. L. M. Pierra e come tesoriere G. Baillière.

La Riunione si propone lo scopo di unire in una grande Federazione le associazioni di stampa medica, le riviste e i giornali di medicina e i giornalisti medici (direttori e redattori di giornali) spagnoli, francesi, italiani, portoghesi e rumeni. Vi saranno lette alcune importanti relazioni, i cui temi sono: *1. Unificazione della terminologia, della classificazione e della bibliografia nella letteratura medica. 2. La proprietà letteraria e la stampa medica. 3. Importanza della stampa medica nella preparazione, organizzazione e nei resoconti dei congressi di medicina.* Il programma dei festeggiamenti e delle esecuzioni sarà fissato ulteriormente.

La quota d'iscrizione è fissata in 50 frs. per le Associazioni di stampa medica aderente collettivamente; 100 frs. per le riviste e giornali che aderiscono individualmente; 40 frs. per i redattori che collaborano regolarmente ad un giornale di medicina e per i membri delle famiglie dei congressisti. Saranno accordate delle riduzioni ferroviarie.

Inviare le adesioni al dott. L. M. Pierra, 12, rue de Babylone, Parigi (VII), indicando il numero delle persone di famiglia con le quali si interviene.

*
* *

Lega Internazionale contro l'epilessia

L'Associazione Nazionale Americana per lo studio dell' epilessia, come parte della Lega Internazionale contro l'epilessia, ha promossa una più intima unione di tutti quei neurologi e psichiatri di ogni na-

zione che si interessano delle malattie convulsive e della epilessia in particolare.

Il Dr. Otto Wudt, della sezione psichiatrica dell'ospedale e della Università di Monaco Iohn Hopkin e prof. *ad honorem* di psichiatria nella Università di Monaco (Germania) è stato nominato delegato della Associazione Nazionale per lo studio dell'epilessia: egli prenderà parte alle sedute della *Gesellschaft Deutscher Nervenaerste* in Dusseldorf (Germania) del settembre 1926 e fa noto che sono da indirizzarsi a lui le comunicazioni di tutti gli interessati. Indirizzo: Prof. Dott. Otto Wudt, Clinica Psichiatrica Nussbaumstr, 7, Monaco (Germania).

Prof. DOMENICO VENTRA — Direttore responsabile

Si sono pubblicati:

A CURA DELL' ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE — 1925

LA FUNZIONE ENDOCRINA DELLE GHIANDOLE SESSUALI

Conferenze tenute ai RR. Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano

per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese

dai Proff. BRUNI, CHAMPY, GLEY, LUGARO, THOREK E VORONOFF

BIBLIOTECA DI SCIENZE MODERNE — Fratelli Bocca Edit. — Torino

N. 85

CESARE LOMBROSO

L'Uomo delinquente in rapporto all'Antropologia, alla Giurisprudenza ed alle Discipline carcerarie

Riduzione di Gina Lombroso sull'ultima ediz. 1897 - 1900

Torino 1924

Prof. ENRICO MORSELLI

della R. Università di Genova

LA PSICANALISI

STUDI ED APPUNTI CRITICI

Due volumi della " Biblioteca di Scienze Moderne „ (formato grande), di rispettive pagine XII-374 e VIII-410, con ritratto del Professore S. Freud, XVII Tavole artistiche fuori testo e 10 figure nel testo.

PREZZO DELL' OPERA

L. 90